

LA CULMINACIÓN DEL NUEVO CONTROL «ECONÓMICO» DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL CON DURACIÓN MENOR DE 365 DÍAS (CON OCASIÓN DE LA ORDEN ESS/1187/2015, DE 15 DE JUNIO)

José Antonio Panizo Robles

*Administrador Civil del Estado
Miembro del Instituto Europeo de Seguridad Social*

EXTRACTO

El Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración, estableció una nueva regulación respecto de determinados ámbitos de la gestión y del control de esta prestación económica de la Seguridad Social que, a su vez, incide en el ámbito de la empresa, ya que la situación de incapacidad temporal implica la suspensión de la relación laboral, con el mantenimiento de la obligación de cotizar a la Seguridad Social.

Una de las modificaciones de mayor calado incorporadas por el Real Decreto 625/2014 ha afectado, principalmente, a la expedición de los partes médicos de baja, de confirmación y de alta, con el objetivo de que, manteniendo la exactitud en la constatación de la enfermedad o lesiones del trabajador y de su incidencia en su capacidad para realizar el trabajo, se minoren trámites burocráticos mediante la adecuación de la periodicidad en la emisión de los partes a la duración estimada de cada proceso, con la finalidad de lograr un control más efectivo de la situación de incapacidad temporal, eliminando taras burocráticas y «papeleo» innecesario. De acuerdo con esos propósitos, la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio (que aparece publicada en el BOE del día 20 de junio) desarrolla las previsiones del Real Decreto 625/2014 y aprueba los nuevos modelos de partes médicos de la constatación de la incapacidad temporal.

Palabras claves: incapacidad temporal, control económico, partes de baja, confirmación de la baja y alta, propuestas de alta y determinación de la contingencia.

Fecha de entrada: 20-06-2015 / Fecha de aceptación: 20-06-2015

THE COMPLETION OF THE NEW «ECONOMIC» PROCESS CONTROL OF TEMPORARY DISABILITY WITH LESS THAN 365 DAY-LONG (ON THE OCCASION OF THE ORDER ESS/1187/2015, JUNE 15)

José Antonio Panizo Robles

ABSTRACT

Royal Decree 625/2014, July 18, which regulates certain aspects of the management and control processes for temporary disability in the first 365 days of its duration, established a new regulation for certain areas management and control of the economic provision of the Social Security, in turn, affects the field of business, as the temporary disability involves suspending the employment relationship, with the maintenance of the obligation to contribute Social Security.

One of the more fundamental changes introduced by the Royal Decree 625/2014 has affected mainly to the issuance of the medical reports of low and high-confirmation, with the aim of maintaining the accuracy of the observation illness or injury of workers and its impact on their ability to do the job, that reduce red tape, by adapting the frequency on the issue of the parties to the estimated duration of each process, in order to achieve control more effective use of temporary disability, eliminating defects and unnecessary bureaucratic «red tape». According to these purposes, the Order ESS/1187/2015 June 15 (which is published in the Official Gazette on June 20) develops the provisions of Royal Decree 625/2014 and approves the new models of medical parts finding temporary disability.

Keywords: temporary disability, financial control, parts low, confirmation of the low and high, proposed high and determination of contingency.

Sumario

Introducción

- I. La gestión de la incapacidad temporal: Algunos antecedentes previos
- II. Los nuevos esquemas de control de los procesos de incapacidad temporal con duración inferior a 365 días
 1. Comentarios introductorios
 2. Los nuevos partes de baja, de confirmación de la baja y de alta en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes y profesionales
 3. Tramitación de los partes médicos y obligaciones de trabajadores, empresas y entidades públicas en relación con los mismos
 4. La tramitación de las propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes
 5. La determinación de la contingencia causante de la situación de incapacidad temporal
 6. La revisión de las declaraciones de altas médicas dictadas por los servicios médicos de la mutua en procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales
 7. Las actividades de seguimiento y control de las situaciones de incapacidad temporal y de la prestación económica correspondiente

INTRODUCCIÓN

Desde el ejercicio 1997¹, y con base en las orientaciones contenidas en el Pacto de Toledo (en su formulación inicial de 1995)², la regulación jurídica de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal (IT), en lo que se refiere a su gestión, ha estado sujeta a todo un conjunto de reformas, con el objetivo de reducir el gasto en la misma, dados los presumibles niveles de uso indebido de la protección, así como por la incidencia que el absentismo laboral podía tener en los costes y la competitividad de las empresas.

Las líneas de actuación seguidas en estos ámbitos se han dirigido a incrementar las facultades de control de las entidades responsables de la prestación económica (la respectiva entidad gestora y las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social –en adelante, mutuas–)³ en detrimento de las correspondientes a los servicios públicos de salud, al tiempo que mejorar la gestión de la prestación, dadas las posibilidades que ofrece el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

¹ Aunque el trabajo se centra en el análisis de las medidas de gestión de incapacidad temporal, a partir de la [Ley 13/1996, de 30 de diciembre](#), con anterioridad se produjeron importantes modificaciones en relación con esta prestación, como las medidas de control adoptadas en 1984, situar el pago de la prestación derivada de contingencias comunes, durante los once primeros días, en la esfera de la empresa (1992) o posibilitar, en 1994, la gestión de la incapacidad temporal, derivada de contingencias comunes, por parte de unas entidades –las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social– que hasta entonces habían limitado su ámbito de actuación a los denominados «riesgos profesionales».

² En la recomendación 13.^a del «Pacto de Toledo» el Congreso de los Diputados instaba a mejorar la gestión de las prestaciones por IT y por invalidez, al objeto de frenar las causas de fraude dentro del sistema público en el acceso y permanencia de las prestaciones.

³ La [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, ha sustituido esta denominación de estas entidades por la de «Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social». Un análisis del contenido de dicha ley en PANIZO ROBLES, J. A.: «La reforma del régimen jurídico de las mutuas: otra ocasión perdida», *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 2, 2015; PRESA GARCÍA-LÓPEZ, R.: «El nuevo régimen jurídico de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y la prestación por cese de actividad del trabajador autónomo», *Revista de Información Laboral*, núm. 2, 2015 y SÁNCHEZ PÉREZ, J.: «La nueva regulación normativa de las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social», *RTSS.CEF*, núm. 386, 2015.

Pasos significativos se han dado en este sentido en el ejercicio 2008⁴, al situar todas las fases de la gestión y del control en la esfera de la entidad gestora, cuando el proceso correspondiente superaba los 365 días de duración, así como en 2010⁵, al atribuir a los inspectores médicos adscritos a la entidad responsable de la gestión económica (el Instituto Nacional de la Seguridad Social –INSS– o el Instituto Social de la Marina –ISM–) las mismas facultades establecidas a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social (u órgano equivalente del respectivo servicio público de salud) respecto de la expedición de altas médicas en relación con los procesos de IT con una duración inferior a los 365 días.

Las previsiones legales anteriores han sido desarrolladas por diferentes disposiciones reglamentarias⁶, la última de las cuales es el [Real Decreto 625/2914, de 18 de julio](#)⁷, norma que no solo tiene esa finalidad, sino que incorpora otros objetivos entre los que se encuentran los de adecuar la normativa reglamentaria a los cambios legales producidos (sustituyendo a las anteriores disposiciones reglamentarias que regulaban la gestión y el control de la prestación de IT)⁸, complementar otras disposiciones⁹ y, al tiempo, incorporar nuevos mecanismos de gestión que aligeran los trámites y cargas burocráticas en la gestión de la prestación señalada.

El mencionado real decreto ha sido desarrollado por la [Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio](#), cuyo análisis, junto con el anterior, constituyen el núcleo básico del análisis recogido en este trabajo.

⁴ A través del artículo 1 de la [Ley 40/2007, de 4 de diciembre](#), de medidas en materia de Seguridad Social y, previamente, por el apartado dos de la disposición adicional cuadragésima cuarta de la [Ley 30/2005, de 29 de diciembre](#), de Presupuestos Generales del Estado para 2006.

⁵ Apartado cinco de la disposición adicional decimonovena de la [Ley 35/2010, de 17 de septiembre](#), de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.

⁶ Básicamente el [Real Decreto 575/1997, de 18 de abril](#), por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal, modificado por el [Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio](#), y desarrollado por la [Orden del entonces Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 19 de junio de 1997](#) (modificada por [Orden de 18 de septiembre de 1998](#)) y el [Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre](#), por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación por incapacidad temporal.

⁷ Un análisis de su contenido en FERNÁNDEZ ORRICO, F. J.: «Gestión y control de la incapacidad temporal tras el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio», *Revista Española de Derecho de Trabajo*, núm. 168, 2014 y PANIZO ROBLES, J. A.: «Un nuevo paso en el control de la prestación de la Seguridad Social por incapacidad temporal: El Real Decreto 625/2014». *RTSS.CEF*, núms. 377-378, agosto/septiembre 2014; SÁNCHEZ PÉREZ, J.: «Los nuevos perfiles de la incapacidad temporal a tenor de su nueva regulación normativa». *Revista de Información Laboral*, núm. 12, 2014 o TORTUERO PLAZA, J. L.: «Nuevamente la incapacidad temporal a debate», *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 1, 2014.

⁸ El [Real Decreto 625/2014](#) procede a la derogación expresa del [Real Decreto 575/1997, de 18 de abril](#).

⁹ El [Real Decreto 625/2914](#) modifica determinados aspectos del [Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre](#).

I. LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL: ALGUNOS ANTECEDENTES PREVIOS

1. Con base en las orientaciones del Pacto de Toledo y continuando con medidas incorporadas previamente (especialmente, a través de la [Ley 13/1996](#))¹⁰, el [Real Decreto 575/1997](#) (complementado por el [RD 1117/1998, de 5 de junio](#)) implicó una modificación sustancial de la gestión de la IT mediante una delimitación de las facultades y obligaciones de las entidades gestoras de la Seguridad Social, de las mutuas y empresas, y de los trabajadores, introduciendo, simultáneamente, determinados instrumentos y mecanismos en el control de dicha prestación, los cuales fueron acentuados por disposiciones posteriores¹¹, asumiendo las entidades responsables de la prestación económica por IT nuevas facultades en la gestión y el control de la misma, que eran compartidas con el área sanitaria, cuando no sustituían a las mismas.

2. La progresiva asunción de competencias y facultades que previamente estaban atribuidas a los servicios de salud ha sido la siguiente:

- a) El sometimiento a reconocimiento médico, por parte de las entidades responsables del pago de la prestación, a los beneficiarios de la prestación, pudiendo proponer a los servicios de salud las propuestas de alta en el correspondiente proceso¹².

¹⁰ De 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (art. 78).

¹¹ Como son:

- a) La modificación operada en el artículo 128.1 a) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por [Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio](#) (LGSS), por el que se atribuye al INSS y, en su caso, al ISM, el control médico de la situación de IT respecto de los procesos a partir de los 365 días de baja (art. 1.º [Ley 40/2007, de 4 de diciembre](#), de medidas en materia de Seguridad Social y disp. final tercera.cuatro [Ley 26/2009, de 23 de diciembre](#), de Presupuestos Generales del Estado para 2010).
- b) La disposición adicional quincuagésima segunda de la [LGSS](#) (añadida por la disp. adic. decimonovena.cinco [Ley 35/2010, de 17 de septiembre](#), de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo), mediante la que se atribuye al INSS y, en su caso, al ISM, a través de los inspectores médicos adscritos a dichas entidades, las mismas competencias de la Inspección de servicios sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo servicio público de salud, para emitir el alta médica a todos los efectos, hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días en los procesos de IT.
- c) La disposición adicional cuadragésima de la [LGSS](#) permite, tanto a las entidades gestoras, como a las inspecciones médicas de los servicios públicos de salud, el intercambio de los datos médicos necesarios para ejercer sus respectivas competencias en materia de control de la IT.
- d) Las modificaciones en relación con la extinción de la prestación (art. 131 bis [LGSS](#)) llevadas a cabo a través de la [Ley 22/2013, de 23 de diciembre](#), de Presupuestos Generales del Estado para 2014.

¹² En los términos y con el alcance contenidos en el artículo 78 de la [Ley 13/1996, de 30 de diciembre](#), de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, artículo 5.º del [Real Decreto 575/1997, de 18 de abril](#), y [Orden de 19 de junio de 1997](#).

- b) La facultad del INSS y del ISM para expedir, a través de sus servicios médicos, altas médicas, a los exclusivos efectos económicos de la prestación, altas que precisaban la conformidad, expresa o tácita, de los servicios de salud¹³.
- c) La atribución en exclusiva al INSS de las competencias sobre el control del proceso de IT cuando el mismo alcanza la duración de 365 días; al INSS, a través de los equipos de valoración de la incapacidad (EVI), correspondiendo a estos la emisión de las respectivas bajas o altas¹⁴, sin perjuicio de que la entidad gestora pudiese reconsiderar la decisión inicialmente adoptada, cuando así se proponga desde los servicios de salud, cuya actuación viene condicionada, a su vez, por una instancia previa del trabajador disconforme con el alta médica expedida por los servicios correspondientes del INSS¹⁵.
- d) La atribución ([Ley 35/2010](#)) a los inspectores médicos adscritos al INSS o al ISM de las facultades establecidas para la Inspección médica de los servicios de salud, de modo que los primeros pasaban a estar facultados para expedir partes de alta en los procesos de IT antes de que transcurriesen los 365 días de duración del correspondiente proceso.

¹³ De emitirse esta modalidad de altas, durante los seis meses siguientes, las subsiguientes bajas médicas deberían expedirse por la Inspección médica u órgano equivalente del servicio de salud. Esa misma facultad se extendió a las mutuas, a través del artículo 44 del [Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio](#), de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios, si bien condicionando la misma a lo que se estableciese reglamentariamente, sin que llegara a efectuarse el anunciado desarrollo reglamentario.

¹⁴ Primero a través de la [Ley 30/2005](#), limitando las facultades del INSS a los efectos de la prestación económica de la IT, sin entrar en los ámbitos laborales, en relación con el mantenimiento de la suspensión de la relación laboral y, posteriormente, con la reforma de 2008 ([Ley 40/2007](#)) extendiendo las facultades del INSS a toda la situación de IT (laboral y de Seguridad Social).

¹⁵ A través del procedimiento regulado en el [Real Decreto 1430/2009](#), que es modificado parcialmente por el [Real Decreto 625/2014](#). Un análisis de su contenido en FERNÁNDEZ ORRICO, F. J.: «Cinco nuevos aspectos de aplicación de la incapacidad temporal y la enfermedad profesional incorporados por el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre», *Revista Aranzadi Social*, núm. 16, 2010; GRACIA ALEGRE, G.: «Real Decreto 1430/2009, un desarrollo urgente del subsidio de incapacidad temporal», *Temas Laborales*, núm. 227, 2009; OLARTE ENCABO, S.: «Control y gestión de la incapacidad temporal. Análisis crítico del marco jurídico positivo vigente: el complejo equilibrio entre eficiencia y garantismo», *Revista Aranzadi Social*, núm. 20, 2011; PANIZO ROBLES, J. A.: «Un nuevo paso en el control de la prestación de la Seguridad Social por incapacidad temporal: el Real 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación por incapacidad temporal», *RTSS.CEF*, núm. 320, 2009; o PAREDES RODRÍGUEZ, J. M.: «Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre. La cultura de un nuevo modelo de la Incapacidad temporal», *Aranzadi Social*, núm. 21, 2010.

II. LOS NUEVOS ESQUEMAS DE CONTROL DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL CON DURACIÓN INFERIOR A 365 DÍAS

1. COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

1.1. Con efectos del 1 de septiembre de 2014¹⁶, a través del [Real Decreto 625/2014](#) se regulan diferentes aspectos de la gestión y control de los procesos de IT, con dos particularidades:

- a) Que se trate de procesos de IT, que no hayan superado los 365 días de duración, ya que, una vez superado ese límite temporal, todas las fases de control de la situación de IT son ejercidas únicamente por la entidad gestora.
- b) Que correspondan a personas afiliadas a los regímenes de Seguridad Social «internos» quedando, en consecuencia, excluidos de la aplicación del Real Decreto 625/2014 los procesos de IT que correspondan a personas incluidas en los diferentes regímenes especiales de funcionarios públicos¹⁷.

Nueva regulación que, en algunos aspectos, es objeto de desarrollo a través de la [Orden ESS/1187/2015](#), ya que la misma no se limita a la aprobación de los nuevos modelos de partes médicos de baja, confirmación de la baja o alta en los procesos de IT, sino que se aprovecha la disposición reglamentaria para completar algunas cuestiones del propio [Real Decreto 625/2014](#).

1.2. Con independencia de los mecanismos de control en los procesos de IT de duración inferior a los 365 días, el [Real Decreto 625/2014](#) completa la regulación de la prolongación de los

¹⁶ Es decir, el día primero del segundo mes siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, circunstancia que se ha producido con fecha de 21 de julio de 2014.

¹⁷ Es decir, los regímenes de Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y de los Funcionarios de la Administración de Justicia, que, a tales efectos, se rigen por su normativa específica, cual es:

- a) Régimen Especial de los Funcionarios Civiles: [Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio](#), por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y [Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo](#), por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.
- b) Régimen Especial de la Fuerzas Armadas: [Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, complementado por el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por [Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre](#).
- c) Régimen Especial de los Funcionarios de la Administración de Justicia: Texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de la Seguridad Social del persona al servicio de la Administración Justicia, aprobado por [Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio](#), complementado por el Reglamento General del Mutualismo Judicial, aprobado por [Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio](#).

efectos de la prestación económica¹⁸, en los supuestos contenidos en el artículo 131 bis.2, 2.º de la LGSS¹⁹, conforme al cual el EVI puede determinar la conveniencia de no proceder de inmediato a la calificación de la incapacidad permanente, atendida la situación clínica del interesado y su capacidad laboral, sin que la demora de la calificación pueda sobrepasar los 730 días naturales siguientes a la fecha en que se haya iniciado la situación de IT. En tales casos, el director provincial de la entidad gestora competente ha de dictar resolución sobre la demora en la calificación de la situación de IT, y la prórroga de sus efectos, copia de la cual se ha de remitir a las empresas, por vía telemática.

Cuando la demora afecte a procesos de IT correspondientes a trabajadores protegidos por una mutua, corresponde al director provincial de la entidad gestora competente, a propuesta del EVI, y previa audiencia de la mutua por un plazo máximo de 7 días hábiles, dictar resolución expresa demorando, en su caso, la calificación, que no podrá sobrepasar los 730 naturales siguientes a la fecha en que se haya iniciado la IT.

2. LOS NUEVOS PARTES DE BAJA, DE CONFIRMACIÓN DE LA BAJA Y DE ALTA EN LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADOS DE CONTINGENCIAS COMUNES Y PROFESIONALES

2.1. El artículo 2 del [Real Decreto 625/2014](#) regula los nuevos mecanismos de control de las situaciones de IT a partir de la regulación de las declaraciones médicas («partes») de baja, que dan lugar al inicio del proceso de IT y, de cumplirse los demás requisitos establecidos, al nacimiento de la correspondiente prestación económica.

2.1.1. La emisión del «parte de baja» compete al facultativo del servicio público de salud (o del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en los territorios de Ceuta y Melilla) que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado, salvo que el proceso derive de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional y se trate de trabajador que preste servicios en una empresa asociada, para la gestión de la prestación por tales contingencias, a una mutua o se trate de un trabajador por cuenta propia adherido a una mutua para la gestión de la prestación económica por IT derivada de las mismas contingencias, en cuyo caso la expedición del parte médico de baja corresponde a los servicios médicos de la propia entidad colaboradora.

¹⁸ El apartado cinco de la disposición final tercera del [Real Decreto 625/2014](#) incorpora un nuevo artículo 7 en el texto del [Real Decreto 1430/2009](#).

¹⁹ El apartado 2 del 131 bis regula la prolongación de los efectos de la IT para aquellos casos en los que, tras permanecer 545 días en dicha situación y continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación; esta podrá retrasarse por el periodo preciso, que en ningún caso podrá rebasar los 730 días siguientes a la fecha en que se haya iniciado la IT.

Los partes médicos de baja se han de confeccionar con arreglo a un modelo que permita su gestión informatizada, en el que ha de figurar un código identificativo del centro de salud emisor de aquellos. Estos modelos han sido aprobados por la [Orden ESS/1187/2015](#), que entra en vigor el día 1 de diciembre de 2015, es decir, el día primero del sexto mes natural siguiente al de la publicación de la misma en el BOE (que se ha producido el día 20 de junio)²⁰.

2.1.2. La expedición del parte de baja ha de ir precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la IT para el trabajo habitual, a cuyo efecto el médico ha de requerir al trabajador los datos necesarios que contribuyan tanto a precisar la patología objeto de diagnóstico, como su posible incapacidad para realizar su trabajo.

Una vez emitido el parte médico de baja, el respectivo servicio de salud o la mutua han de remitir al INSS, por vía telemática, y dentro del primer día hábil siguiente a la emisión del parte, los datos personales del trabajador y, además, los datos obligatorios del parte de baja relativos a la fecha de la baja, a la contingencia causante, al código de diagnóstico, al código nacional de ocupación del trabajador, a la duración probable del proceso y, en su caso, la aclaración de que el proceso es recaída de uno anterior, así como, en este caso, la fecha de la baja del proceso que lo origina. Asimismo, ha de hacer constar la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento médico; con posterioridad, el INSS ha de transmitir, en el primer día hábil a su recepción, al INSS y a las mutuas los partes que se refieran a trabajadores que tengan la protección de IT a cargo de tales entidades²¹.

2.1.3. Una de las mayores novedades de los nuevos mecanismos de control de los procesos de IT consiste en la adecuación de la fecha de expedición de los partes de confirmación de la baja a la presumible duración del proceso, en vez de establecer –como sucedía en la regulación anterior– fecha fijas cualquiera que fuese el diagnóstico del accidente o de la enfermedad.

Por ello, en la expedición de los partes se habrá de tener en cuenta la duración diferente del respectivo proceso en función de la patología, edad y ocupación del trabajador, de modo que, ante una misma patología, pueden estimarse duraciones diferentes del proceso de IT en traba-

²⁰ De acuerdo con lo previsto en la disposición final cuarta de la [Orden ESS/1187/2015](#). A su vez, la disposición transitoria única de la misma prevé que los nuevos modelos de partes médicos se han de utilizar en los procesos de IT que estén en curso en la fecha de entrada en vigor de la orden (1 de diciembre de 2015) y no hayan superado los 365 días, si bien respecto de los indicados procesos, dichos modelos así como los informes complementarios se han de expedir con la periodicidad y respecto de los datos obligatorios exigidos por la normativa anterior.

²¹ La disposición adicional tercera del [Real Decreto 625/2014](#) preveía que, en el plazo máximo de tres meses siguientes a la entrada en vigor del mismo, se estableciesen las medidas necesarias al objeto de que las mutuas pudiesen comunicarse por vía informática con el INSS o el ISM.

A su vez, la disposición adicional primera del [Real Decreto 625/2014](#) prevé que las mutuas remitan a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social los datos e información sobre sus actuaciones de gestión que se les solicite, para el conocimiento de las actuaciones desarrolladas, así como para evaluar su eficacia.

jadores que tengan distinta edad y/o realicen diferentes actividades profesionales, a cuyo fin se prevén cuatro grupos²²:

- a) El primero de los grupos consiste en los procesos de duración inferior a cinco días naturales. En este caso, el facultativo puede emitir el parte de baja y el parte de alta en el mismo acto médico, haciendo consignar en el parte la fecha del alta, que puede ser la misma que la baja o cualquiera de los tres días naturales siguientes²³.
- b) El segundo grupo comprende los procesos de entre 5 y 30 días naturales de duración. En tales supuestos, en el parte de baja inicial se ha de hacer constar la fecha de la próxima revisión médica, sin que puede diferir en más de 7 días naturales desde la baja inicial, de modo que en esa revisión cabe que el facultativo expida el alta médica o, por el contrario, emita el parte de confirmación de la baja y, a partir de este, los sucesivos partes de confirmación, si son necesarios, respecto de los que no puede existir una diferencia de más de 14 días naturales entre sí.
- c) El tercer grupo comprende los procesos de entre 31 y 60 días naturales de duración, en los que en el parte de baja inicial se ha de hacer constar la fecha de la próxima revisión médica, sin que pueda diferir en más de 7 días naturales desde la baja inicial, tras cuya revisión o bien el médico acuerda el alta o bien emite el primer parte de confirmación de la baja y, a partir de este, los sucesivos partes de confirmación, si son necesarios, que no podrán emitirse con una diferencia de más de 28 días naturales entre sí.
- d) Finalmente, el cuarto grupo comprende los procesos de 61 o más días naturales de duración, en cuyo caso en el parte de baja inicial se ha de hacer constar la fecha de la próxima revisión médica, sin que pueda diferir en más de 14 días naturales desde la baja inicial. En esa revisión, o bien el médico acuerda el alta, o bien emite el primer parte de confirmación de la baja y, a partir de este, los sucesivos partes de confirmación, si son necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de 35 días naturales entre sí.

2.1.4. En relación con la regulación anterior, cuatro precisiones adicionales:

- a) En todos los supuestos, se trata de unos plazos máximos, ya que siempre están condicionados a que el médico del servicio público de salud pueda expedir el parte de alta en el momento en que considere que el trabajador ha recuperado su capacidad

²² Artículo 2 de la [Orden ESS/1187/2015](#).

²³ En todo caso, siempre el trabajador puede solicitar que se le practique un nuevo reconocimiento médico el día en que se haya fijado como fecha de alta, y el facultativo puede emitir parte de confirmación de la baja si considerase que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral, que deja sin efecto el alta prevista en el primer parte de baja.

- laboral. Asimismo, el facultativo puede alterar la duración estimada del proceso en una fecha posterior, en razón de la modificación o de la actualización del diagnóstico o de la evolución sanitaria del trabajador²⁴.
- b) Con la finalidad de que las actuaciones médicas de control de la situación de IT cuenten con el mayor respaldo técnico, se han de poner a disposición de los médicos tablas de duraciones medias, tipificadas para los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de dichos procesos en las diversas actividades laborales²⁵.
 - c) Si el trabajador no acude a la revisión médica prevista en los respectivos partes de baja o de confirmación de la baja, se puede emitir un alta médica por incomparecencia que da lugar a la extinción de la situación de IT²⁶.
 - d) Por último, en el caso de que un trabajador en situación de IT pase a recibir la asistencia sanitaria a través de un servicio de salud diferente al que venía prestándosele con anterioridad, esa nueva circunstancia ha de consignarse en el parte de confirmación inmediatamente anterior.

2.1.5. En los procesos de IT derivados de una contingencia profesional y correspondientes a trabajadores pertenecientes a empresas asociadas a una mutua, o a trabajadores por cuenta propia adheridos a una entidad colaboradora, las expedición de los partes médicos de baja corresponde a los servicios médicos de la entidad (con la periodicidad señalada), a quien pertenece, de igual forma, realizar los controles médicos de seguimiento de los procesos.

Asimismo, una particularidad concurre en los supuestos de procesos que superen los 365 días de duración. En estos casos, bien el médico del servicio público de salud, bien el servicio médico de la mutua (según se trate de proceso derivado de contingencia común o profesional), al expedir el último parte médico de confirmación antes del agotamiento del plazo de 365 días, ha de comunicar al interesado en el acto de reconocimiento médico que, tras pasado dicho umbral temporal, el control del proceso pasa a la competencia del INSS²⁷ o, en su caso, del ISM, dejando desde ese momento de emitir nuevos partes de confirmación de la baja.

²⁴ En estos casos, se ha de emitir un nuevo parte de confirmación en el que se recoja la nueva duración estimada del proceso y, en su caso, su encuadramiento en un tipo diferente del previsto inicialmente (art. 2 [Orden ESS/1187/2015](#)).

²⁵ El INSS ha editado un [Manual de tiempos estándar de incapacidad temporal](#) con la finalidad de homogeneizar criterios en las actuaciones médicas de seguimiento y control de la IT. Los tiempos estándar constituyen duraciones tipificadas por patologías ordenadas siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

²⁶ Como recuerda el apartado 2 del artículo 4 de la [Orden ESS/1187/2015](#). Vid. LÓPEZ INSUA, B. M.: «El control del "uso correcto" del subsidio por incapacidad temporal: Los supuestos de pérdida o suspensión», *RTSS.CEF*, núm. 384, 2015.

²⁷ Conforme a las previsiones del artículo 128.1 a) de la [LGSS](#).

A tal efecto, se prevé que el servicio público de salud ha de comunicar al INSS el agotamiento de los 365 días naturales en situación de IT, de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente. Estas particularidades vienen desarrolladas en la [Orden ESS/1187/2015](#)²⁸ en la forma siguiente:

- a) En los procesos cuya cobertura corresponda a una mutua, cualquiera que sea la contingencia de que deriven, el INSS ha de comunicar a la misma que el proceso ha alcanzado los 330 días naturales de duración según los datos existentes en las bases de datos del sistema, señalándole que, a partir del agotamiento de los 365 días, todas las fases de control del respectivo proceso se llevarán a cabo por dicha entidad gestora.
- b) Si el proceso deriva de un riesgo profesional, la mutua, una vez recibida la comunicación y antes de que la IT alcance los 345 días naturales de duración, puede plantear ante el INSS una propuesta motivada para mantener la baja, expedir el alta o plantear el inicio de un expediente de incapacidad permanente, sin que la propuesta –cualquiera que sea el signo de la misma– vincule a la entidad gestora.

2.2. Se mantiene la obligación de que, en determinadas fechas, los partes de confirmación de la baja se acompañen de unos informes adicionales, denominados «informes complementarios e informes de control», si bien se alteran (arts. 4.º [RD 625/2014](#) y 5.º [Orden ESS/1187/2015](#)) las fechas en que han de expedirse tales informes.

- a) Respecto del *informe complementario*, se homologan los plazos de los mismos, con independencia de cuál sea la contingencia –común o profesional–, de modo que solo afecta a los procesos que, en principio, se estimen de duración superior a 30 días naturales.

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

- b) Se mantiene la expedición de *informes de control* con una periodicidad de tres meses, extendiendo la obligación a todos los procesos de IT, cualquiera que sea la contingencia de la que deriven, y ampliando los órganos competentes para su emisión, ya que, si con anterioridad al [Real Decreto 625/2014](#), era una competencia atribuida en exclusiva a la inspección médica del respectivo servicio público de salud, con la nueva regulación también pueden emitir los informes trimestrales de control de la situación de IT los facultativos de atención primaria.
- c) En todo caso, los informes médicos, tanto complementarios como de control, forman parte del proceso de IT, por los que tanto los inspectores médicos del servicio público de salud y de las entidades gestoras, como los facultativos de las mutuas pueden acceder a su contenido. Por el contrario, el acceso (preferentemente por vía

²⁸ Apartado 5 del artículo 4.

telemática) a la documentación clínica correspondiente a las personas en baja por un proceso de IT queda reservada a los inspectores médicos del servicio público de salud y los inspectores médicos adscritos al INSS o, en su caso, al ISM²⁹.

2.3. La situación de IT se extingue con carácter general (aunque existen otras causas que dan lugar a ello) mediante la comprobación de la recuperación de la capacidad de trabajo del interesado, documentada a través de la expedición del «parte de alta»³⁰, cuyos caracteres (art. 5 RD 625/2014)³¹ son los siguientes:

2.3.1. Han de expedirse tras el reconocimiento del trabajador y consignar en ellos, aparte de otros datos, la causa del alta médica y la fecha de baja inicial. La expedición del parte médico de alta despliega los siguientes efectos:

- a) Se extingue la situación de IT, con efectos desde el mismo día de la expedición del parte, sin perjuicio de que los servicios sanitarios sigan prestando al interesado la asistencia sanitaria que aconseje su estado.
- b) La obligación del trabajador por cuenta ajena de reincorporarse a su puesto de trabajo el día siguiente al de la expedición del alta, teniendo derecho al percibo del subsidio el día del alta médica³².

2.3.2. Aunque, con carácter general, la emisión del parte médico de alta corresponde al facultativo de atención primaria que atiende médicamente al interesado, están facultados para la expedición de los mismos³³ los inspectores médicos del servicio público de salud, del INSS o, en su caso, del ISM, tras el reconocimiento médico del trabajador afectado. En caso de que los partes de alta hayan sido emitidos por los inspectores médicos de la entidad gestora, desde la misma se ha de dar traslado por vía telemática (y como máximo dentro del día siguiente hábil a la expedición) al servicio de salud o a la mutua.

²⁹ La disposición final quinta del [Real Decreto 625/2014](#) prevé que lo establecido respecto del acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada se hará extensivo a los médicos del ISM, con el objeto de que dispongan de la información necesaria respecto de los trabajadores a los que realizan los preceptivos reconocimientos médicos de embarque marítimo que tienen por objeto garantizar que las condiciones psicofísicas de estos sean compatibles con sus puestos de trabajo.

³⁰ Cuyo modelo también se aprueba por la [Orden ESS/1187/2015](#).

³¹ Y capítulo III de la [Orden ESS/1187/2015](#).

³² La disposición final segunda de la [Orden ESS/1187/2015](#) modifica el apartado 2 del artículo 9 de la [Orden de 13 de octubre de 1967](#), por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la prestación por incapacidad laboral transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social, precisando que, en los supuestos de que el trabajador sea dado de alta sin incapacidad permanente, tiene derecho a percibir el subsidio correspondiente al día de alta, cubriendo la laguna existente en la normativa anterior.

³³ Disposición adicional decimonovena.cinco de la [Ley 35/2010, de 17 de septiembre](#), de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.

En el caso de procesos de IT, derivados de contingencia profesional, la competencia para emitir los partes médicos de alta se residencia en los servicios médicos de la mutua, cuando se trate de trabajadores pertenecientes a empresas asociadas o trabajadores por cuenta propia adheridos a una mutua. De tratarse se procesos derivados de contingencia común, se han de expedir por los mismos órganos indicados para los procesos derivados de una contingencia común.

2.3.3. En los supuestos de procesos derivados de una enfermedad común o un accidente no laboral, los partes médicos de alta se han de comunicar a las mutuas debiendo las mismas comunicar a la empresa la extinción del derecho, su causa y la fecha de efectos de la misma.

Además, si en el proceso de IT, se hubiese expedido el parte médico de alta por los inspectores médicos adscritos al INSS o al ISM, durante los 180 días naturales siguientes a la fecha en que se expidió el alta, serán estas entidades las únicas competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica por la misma o similar patología.

3. TRAMITACIÓN DE LOS PARTES MÉDICOS Y OBLIGACIONES DE TRABAJADORES, EMPRESAS Y ENTIDADES PÚBLICAS EN RELACIÓN CON LOS MISMOS

3.1. Cuando se expida el parte médico de baja o de confirmación de la baja, se han de entregar al trabajador dos copias del mismo, una para el interesado y otra con destino a la empresa, estando obligado el trabajador, dentro del plazo de los tres días siguientes a la expedición del parte de baja, a entregar a la empresa la copia destinada a la misma³⁴.

También en el momento de expedición del parte médico de alta, el órgano que lo expida ha de entregar al trabajador dos copias, una para él y otra con destino a la empresa, estando obligado el primero a entregar a la empresa la copia a ella destinada, en el plazo de las 24 horas siguientes³⁵.

Por su parte, el servicio público de salud o, en su caso, la mutua, han de remitir los partes médicos de baja, confirmación y alta al INSS, por vía telemática, de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición³⁶.

³⁴ Si durante el periodo de baja médica se hubiese producido la finalización del contrato de trabajo, el trabajador está obligado a presentar ante la entidad gestora o la mutua, según corresponda, en el mismo plazo de tres días fijado para la empresa, las copias de los partes de confirmación de la baja.

³⁵ Si, durante el proceso de IT, hubiese finalizado la vigencia del contrato de trabajo, la copia destinada a la empresa ha de ser entregada, en las 24 horas siguientes a la expedición, a la entidad gestora o a la mutua.

³⁶ El artículo 9 de la [Orden ESS/1187/2015](#) prevé que, cuando el facultativo no disponga de los medios indicados, las actuaciones se han de llevar a cabo a través de los partes médicos en soporte papel. No obstante, en estos casos, los datos correspondientes a dichos partes deberán ser transmitidos telemáticamente al INSS por el servicio público de

3.2. La centralización en el INSS de los partes médicos de baja, confirmación de la baja o de alta, implica que, por parte de esta entidad gestora, hayan de establecerse los mecanismos necesarios para hacer llegar a las demás entidades interesadas las partes que les correspondan. En tal sentido, se prevé³⁷:

- a) El INSS, a través de medios telemáticos, ha de proceder a la distribución y envío, dentro del primer día hábil siguiente al de su recepción, de los partes destinados al ISM y a las mutuas, según la entidad a quien corresponda la gestión del proceso.
- b) A su vez, el INSS ha de facilitar a la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), a su requerimiento, los datos de los trabajadores que se encuentren en situación de IT con o sin derecho a prestación económica durante cada periodo 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 los trabajadores en el pago por delegación de la prestación de IT.

En el caso de que el empresario hubiese abonado a un trabajador una prestación de IT en pago delegado, sin haberse compensado dicho importe mediante su deducción de las liquidaciones para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social, puede solicitar del INSS o de la mutua, según sea la entidad competente para la gestión de la prestación, el reintegro de las cantidades abonadas al trabajador por tal concepto y no deducidas.

3.3. Las empresas tienen la obligación de remitir al INSS, con carácter inmediato y, en todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la recepción del parte presentado por el trabajador, a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED)³⁸, los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten los trabajadores, cumplimentados con los datos que correspondan a la empresa³⁹. El incumplimiento de esta obligación puede dar lugar a dos situaciones:

salud en los dos días hábiles siguientes a su expedición.

³⁷ Artículo 7 del [Real Decreto 625/2014](#).

³⁸ Esta obligación ya venía recogida en la [Orden TAS/399/2004, de 12 de febrero](#), disposición que resulta derogada y sustituida por la [Orden ESS/1187/2015](#).

³⁹ Conforme a lo previsto en el artículo 11 de la [Orden ESS/1187/2015](#), la empresa ha de consignar en el ejemplar del parte de baja entregado por el trabajador los datos sobre cotización relativos al mismo, a efectos de la determinación de la base reguladora de la prestación económica por IT. Asimismo, consignará la clave del código nacional de ocupación, el código de la provincia del centro de salud en la que se ha emitido el parte médico y los datos genéricos que se establezcan a efectos identificativos del proceso y de la empresa, definidos a través del sistema RED.

El párrafo segundo de la disposición transitoria primera del [Real Decreto 625/2014](#) prevé que, en tanto no se implante la remisión a las empresas, a través del sistema informático, de los resultados de las resoluciones indicadas en el artículo 7.2 del [Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre](#), el contenido de aquellas se les podrá adelantar mediante correo electrónico, sin perjuicio de comunicación posterior en otro soporte.

- a) De una parte, a una posible sanción puesto que el incumplimiento de la obligación señalada puede constituir una infracción leve⁴⁰.
- b) A su vez, que, a propuesta del INSS o de la mutua⁴¹, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social deje en suspenso la colaboración obligatoria de la empresa en el pago delegado de las prestaciones económicas por IT⁴², que pasan a ser abonadas directamente por la entidad gestora o colaboradora⁴³.

3.4. Pudiera suceder que el parte médico de alta, en un proceso de IT con duración inferior a 365 días, hubiese sido expedido por el inspector médico adscrito al INSS o al ISM⁴⁴. En estos casos (art. 7.5. [RD 625/2014](#)) la tramitación de dicho parte es la siguiente:

- a) La entidad gestora cuyos servicios médicos hubiesen expedido el parte médico de alta ha de trasladar, de forma inmediata y como máximo en el primer día hábil siguiente al de la expedición, una copia del parte al correspondiente servicio público de salud para su conocimiento y otra copia a la mutua, en el caso de trabajadores protegidos por la misma, con la finalidad de que esta dicte acuerdo declarando extinguido el derecho por causa del alta, sus motivos y efectos, y ha de notificar el acuerdo a la empresa.
- b) Al tiempo, se han de entregar dos copias al trabajador, 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.

⁴⁰ De acuerdo a lo establecido en el apartado 6 del artículo 21 de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, texto refundido aprobado por [Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto](#) (LISOS). Dicho apartado tipifica como infracción leve «no remitir a la entidad correspondiente las copias de los partes médicos de baja, confirmación de la baja o alta de incapacidad temporal facilitadas por los trabajadores, o su no transmisión por los obligados o acogidos a la utilización del sistema de presentación de tales copias, por medios informáticos, electrónicos o telemáticos», infracción que puede ser sancionada (art. 40 LISOS) con multa desde 60 a 625 euros, en función del grado impuesto.

⁴¹ *Vid.* artículo 77.2 de la [LGSS](#) (en la redacción dada por la disp. final dos de la [Ley 22/2013, de 23 de diciembre](#), de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014).

⁴² La disposición adicional segunda de la orden citada prevé que, en los casos de jubilación parcial, el subsidio de IT, cualquiera que sea la contingencia de la que derive, pasa a ser abonado en régimen de pago directo, en todo caso y por la duración que corresponda, por la entidad gestora o colaboradora respectiva, sin que opere el régimen de colaboración obligatoria [art. 16.1 b) y c) de la [Orden de 25 de noviembre de 1966](#), por la que se regula la colaboración de las empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social]. A tal efecto, la entidad gestora o la colaboradora ha de comunicar a la empresa el inicio del abono del subsidio al trabajador en régimen de pago directo, así como su finalización.

⁴³ De la suspensión de la colaboración obligatoria se ha de dar traslado a la TGSS, así como a la entidad gestora o mutua.

⁴⁴ Disposición adicional quincuagésima segunda de la [LGSS](#).

3.5. Existen reglas específicas en la tramitación de los partes médicos de IT, en relación con determinados trabajadores (como los trabajadores por cuenta propia, trabajadores incluidos en el sistema especial de empleados de hogar o en el sistema especial para trabajadores por cuenta ajena agrarios, representantes de comercio, artistas y profesionales taurinos) supuestos en los que corresponde a los propios interesados, en el plazo máximo de cinco días desde su expedición, remitir a la entidad gestora o colaboradora los partes médicos de baja, de confirmación o de alta, utilizando para ello la copia destinada a la empresa⁴⁵.

4. LA TRAMITACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE ALTA MÉDICA FORMULADAS POR LAS MUTUAS EN LOS PROCESOS DERIVADOS DE CONTINGENCIAS COMUNES

4.1. En los procesos de IT derivados de contingencias comunes cuya cobertura corresponda a una mutua, si la misma, considerando los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, los informes complementarios o las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle, estima que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo, está facultada para formular, ante el correspondiente servicio público de salud y a través de los médicos adscritos a ella, propuestas motivadas de alta médica a las que han de acompañar los informes y pruebas que, en su caso, se hubiesen realizado, comunicando de forma simultánea al trabajador afectado, para su conocimiento, que se ha enviado la propuesta de alta⁴⁶.

4.2. Las propuestas de alta de las mutuas se han de dirigir a las unidades de la inspección médica del servicio público de salud, remitiéndose por estos a los facultativos o servicios médicos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos. El facultativo debe pronunciarse confirmando la baja médica o bien admitiendo la propuesta, a través de la expedición del correspondiente parte de alta médica.

En el caso que se confirme la baja, se ha de consignar el diagnóstico, el tratamiento médico dispensado, las causas que justifican la discrepancia y se han de señalar las atenciones y los controles médicos que se considere necesario realizar. El informe del facultativo ha de ser trasladado por la inspección médica a la mutua, en el plazo máximo de cinco días desde la recepción de la propuesta.

4.3. En el caso de que la inspección médica no reciba contestación de los facultativos en el plazo de cinco días, o en caso de discrepar de la misma, puede acordar el alta médica, efectiva e

⁴⁵ Artículo 12 de la [Orden ESS/1187/2015](#).

⁴⁶ Sobre la gestión de la IT por parte de las mutuas, *vid.* RUESGA BENITO, S.; DÍAZ PEÑA, M. A. y PÉREZ ORTIZ, L.: «Las mutuas de accidentes de trabajo y la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes: eficiencia versus selección adversa», *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 3, 2015.

inmediata. En todo caso, la inspección médica ha de comunicar a la mutua, dentro del plazo de los cinco días siguientes a la fecha de recepción de la propuesta de alta, la actuación realizada junto con los informes que el facultativo hubiera remitido.

4.4. Cuando la propuesta de alta formulada por una mutua hubiese sido desestimada o no hubiese sido resuelta y notificada en el plazo de cinco días desde su entrada en el servicio de salud, la entidad colaboradora puede solicitar, siempre por vía telemática⁴⁷, el alta médica al INSS⁴⁸ o al ISM (de tratarse de trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores del Mar), solicitud que ha de resolver en el plazo de los cuatro días siguientes a la recepción de la solicitud de alta.

5. LA DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA CAUSANTE DE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

A pesar de que la Ley de Bases de Seguridad Social ya en 1963 proclamaba, como uno de los principios básicos del sistema de la Seguridad Social, la consideración conjunta de todas las situaciones y contingencias protegidas, no obstante 50 años más tarde el ordenamiento de la Seguridad Social sigue diferenciando entre prestaciones derivadas de contingencias denominadas comunes (aquellas que responden a un accidente no laboral o a una enfermedad común) de las que traen su origen en una contingencia profesional (accidente de trabajo y enfermedad profesional), diferenciación que produce que los requisitos de acceso o la determinación de los importes de las prestaciones puedan ser distintos, así como que la gestión de una u otras sean diferentes.

De ahí que la determinación de la contingencia de la que deriva la prestación sea un tema esencial, ya que, en función de cuál sea la misma, nacen determinadas obligaciones y derechos para la entidad responsable.

Si bien, en el ámbito de las pensiones la determinación de la contingencia se situaba en el ámbito de competencias del INSS, a través de un procedimiento reglado, en el que debe actuar preceptivamente el EVI, tal situación no se extendía a la IT, de modo que, ante un mismo proceso, era necesario que desde alguna instancia se determinase la competencia para determinar el origen de la baja, ya que, en función de su origen común o profesional, se desplegaban las funciones protectoras (asistencia sanitaria, prestaciones económicas y, en su caso, recuperadoras), de responsabilidad de la prestación económica (entidad gestora o mutua) y de control de la situación de IT.

Tras unos pronunciamientos judiciales contradictorios, la jurisprudencia del Tribunal Supremo se inclinó por situar en la esfera de actuación de la entidad gestora –INSS– la competencia

⁴⁷ Como precisa el apartado 2 del artículo 8 de la [Orden ESS/1187/2015](#).

⁴⁸ Con base en las competencias atribuidas por la disposición adicional quincuagésima segunda de la [LGSS](#).

para la determinación de la contingencia de la que trae su origen la baja por IT⁴⁹, en su función de garantía y responsable último de la organización y dispensa efectiva de las prestaciones de la Seguridad Social, pudiendo la mutua, de no estar conforme con la decisión del INSS, impugnar la resolución administrativa. La determinación del carácter común o profesional de la contingencia no es óbice para que la declaración del derecho a la prestación, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos para su acceso, corresponda a la mutua⁵⁰.

El [Real Decreto 625/2014](#)⁵¹ establece un procedimiento específico para la determinación de la contingencia (frente a la regulación anterior, en la que esta cuestión quedaba diluida en el procedimiento de revisión de las altas emitidas por la mutua)⁵², en el modo siguiente:

5.1. El procedimiento se inicia de oficio por el INSS (por propia iniciativa, o bien como consecuencia de petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del servicio público de salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o del ISM), o a instancia de parte interesada.

También puede iniciarse el procedimiento a instancia del trabajador o su representante legal (cuando no estén conformes con la determinación inicial dada por el servicio público de salud o por la propia mutua) o por la mutua o la empresa colaboradora, en los asuntos que les afecten directamente.

En el inicio del procedimiento existen varias posibilidades, como son:

- a) Puede suceder que el facultativo de la mutua que reconozca al trabajador considere que la patología causante del proceso es de carácter común, en cuyo supuesto se ha de remitir al trabajador al servicio público de salud para su tratamiento, sin perjuicio de dispensarle la asistencia precisa en los casos de urgencia o de riesgo vital. En todo caso, la mutua ha de entregar al trabajador un informe médico en el que se describa la patología y se señale el diagnóstico, el tratamiento dispensado y las razones que justifican la determinación de la contingencia causante como común, al que han de acompañar los informes relativos a las pruebas que, en su caso, se hubieran realizado.

⁴⁹ Entre otras, SSTS de 26 de enero de 1998 –RCUD 548/1997 y 1730/1997–, cuya doctrina se reitera en otras posteriores (como las SSTS de 8 de febrero, 30 de mayo, 6 de junio y 26 de septiembre de 2007 –RCUD 4429/2005, 2243/2006, 4640/2005 y 390/2006–).

⁵⁰ Negar al INSS la facultad de calificar unas dolencias como comunes o profesionales, reservando estas facultades a la mutua, implicaría otorgar a la entidad gestora, a la mutua o a la empresa colaboradora una posición de total igualdad, susceptible de producir situaciones de desprotección total del beneficiario, cuando todas ellas se negaran a asumir –aunque fuese de manera no definitiva– la responsabilidad por una contingencia (STS de 11 de junio de 2007, RCUD 5030/2005).

⁵¹ Disposición final tercera que incorpora un nuevo artículo 6 en el [Real Decreto 1430/2009](#).

⁵² Artículo 4 del [Real Decreto 1430/2009](#).

- b) Si el servicio público de salud atiende el requerimiento de la mutua, y se procede a la emisión del parte médico de baja correspondiente, declarando el proceso de IT derivado de contingencia común, el trabajador puede formular reclamación ante el INSS, con relación a la consideración otorgada a la contingencia.
- c) Por su parte, el facultativo que emita el parte de baja puede formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la mutua, sin perjuicio de que el parte médico emitido previamente produzca plenos efectos.

5.2. La baja inicial practicada determina el inicio del pago de la prestación, conforme a la contingencia en ella declarada, sin perjuicio de que si, con posterioridad, se modifica la contingencia se hayan de efectuar las compensaciones que procedan, tanto en lo que se refiere a las cuantías económicas, como a los costes de las prestaciones sanitarias dispensadas.

De este modo, si la contingencia declarada inicialmente es de naturaleza común, el servicio público de salud ha de afrontar el coste de la asistencia sanitaria, mientras que la prestación económica será por cuenta de la entidad gestora (salvo que se trate de empresa asociada o trabajador adherido a una mutua, en cuyo caso corre por cuenta de esta). Asimismo, si el proceso es declarado como derivado de contingencia profesional, los costes derivados de las prestaciones sanitarias y económicas van por cuenta de la empresa colaboradora o de la mutua (salvo que se trate de empresa asociada al INSS/ISM, en cuyo caso corre por cuenta de estas entidades los costes de las prestaciones).

5.3. El INSS ha de comunicar la iniciación del procedimiento al servicio público de salud competente, a la mutua o a la empresa colaboradora, según corresponda, cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia y en aquellos asuntos que les afecten, para que, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles, aporten los antecedentes relacionados con el caso de que dispongan e informen sobre la contingencia de la que consideran que deriva el proceso patológico y los motivos del mismo. También se ha de dar traslado al trabajador de la iniciación del procedimiento cuando el mismo no hubiera sido a instancia suya, comunicándole que dispone de un plazo de 10 días hábiles para aportar la documentación y hacer las alegaciones que estime oportunas.

5.4. En la tramitación del correspondiente expediente, es preceptivo el dictamen del EVI⁵³, quien ha de elevarlo al director provincial del INSS⁵⁴, pronunciándose sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad. Con el informe del EVI, el director provincial com-

⁵³ El artículo 3.1 f) del [Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio](#), atribuye a los EVI la función de examinar la situación de incapacidad del trabajador, a fin de determinar el carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de IT.

⁵⁴ En el ámbito de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores del Mar, el informe preceptivo del EVI se ha de formular ante el director provincial del ISM, para que este adopte la resolución que corresponda y proceda a su posterior notificación a las partes interesadas.

petente del INSS⁵⁵ ha de dictar la resolución que corresponda, en el plazo máximo de 15 días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas, o del agotamiento de los plazos fijados para ello, resolución que debe contener, entre otros, los siguientes extremos:

- a) Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de IT y si el proceso es o no recaída de otro anterior.
- b) Efectos que procedan como consecuencia de la determinación de la contingencia causante, cuando coincidan en el tiempo dolencias derivadas de distintas contingencias. En todo caso, la resolución ha de establecer el carácter común o profesional de la contingencia causante y el sujeto obligado al pago de las prestaciones derivadas de la misma y a la prestación de asistencia sanitaria, en su caso.

5.5. La resolución se ha de comunicar al interesado, a la empresa, a la mutua y al servicio público de salud, si bien las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la mutua y la empresa se han de llevar a cabo de forma preferente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información, teniendo la resolución del INSS los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa⁵⁶.

6. LA REVISIÓN DE LAS DECLARACIONES DE ALTAS MÉDICAS DICTADAS POR LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA MUTUA EN PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADOS DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Uno de los cambios que, en relación con el control de la IT, incorporó la [Ley de medidas en materia de Seguridad Social](#)⁵⁷ fue la posibilidad de que la entidad gestora pudiese revisar, a instancia del interesado, las altas médicas que hubiesen expedido las mutuas, en procesos derivados de contingencias profesionales, a través del procedimiento de revisión que se aprobase reglamentariamente. Con ello, se pretendía dar respuesta a una queja histórica sobre altas indebidas, prematuras o excesivamente rigurosas efectuadas por las mutuas en los procesos de IT e implicaba una «intromisión» en la independencia gestora de la mutua, dando un paso hacia una mayor hegemonía de la entidad gestora, respecto de la entidad colaboradora.

⁵⁵ En el ámbito de aplicación del Régimen de Trabajadores del Mar, la resolución ha de dictarse por el director provincial del ISM.

⁵⁶ De conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la [Ley 36/2011, de 10 de octubre](#), reguladora de la jurisdicción social, por lo que queda abierta la vía de demanda ante la jurisdicción social.

⁵⁷ Disposición adicional decimonovena de la [Ley 40/2007, de 4 de diciembre](#).

El procedimiento de revisión de altas médicas expedidas por las mutuas fue recogido en el artículo 4 del [Real Decreto 1430/2009](#), el cual es objeto de algunas modificaciones a través del [Real Decreto 625/2014](#)⁵⁸.

Las fases del procedimiento señalado son las siguientes:

6.1. Las altas médicas emitidas por las mutuas en los procesos de IT derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de 12 meses de duración⁵⁹ de dicha situación pueden ser objeto de un procedimiento administrativo especial de revisión, iniciado a instancia del interesado ante la entidad gestora competente, con la particularidad de que la tramitación del mismo se considera preferente, con el fin de que se dicte la resolución correspondiente en el menor tiempo posible.

6.2. Se establece un plazo 10 días hábiles (frente al plazo anterior de cuatro días naturales), siguiente al de notificación de alta practicada por la entidad colaboradora, para la presentación de la correspondiente solicitud ante la entidad gestora competente (el INSS o el ISM). A la solicitud (que ha de contener los motivos de su disconformidad) se ha de acompañar necesariamente el historial médico previo relacionado con el proceso de IT de que se trate o, en su caso, copia de la solicitud de dicho historial a la entidad colaboradora. De igual modo, se impone la obligación para el trabajador de comunicar a la empresa la iniciación del procedimiento de revisión, en el mismo día en que presente su solicitud o en el siguiente día hábil.

La iniciación del procedimiento especial de revisión suspende los efectos del alta médica emitida, por lo que se prorroga la situación de IT derivada de contingencia profesional durante toda la fase de tramitación de dicho procedimiento, manteniéndose, en su caso, el abono de la prestación en la modalidad de pago delegado, si bien la percepción de la prestación de IT es incompatible con las rentas derivadas del ejercicio de la actividad profesional.

6.3. La entidad gestora competente (INSS o ISM) ha de efectuar, con carácter perentorio, dos clases de comunicaciones en relación con el inicio del procedimiento especial de revisión del alta expedida:

- a) De una parte, a la mutua que haya emitido el alta con la finalidad de que la misma, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles (ampliando el plazo anterior de dos días naturales), aporte los antecedentes relacionados con el proceso de IT impugnado y, en su caso, presente un informe sobre las causas que motivaron la emi-

⁵⁸ A través de los apartados uno, dos y tres de la disposición final tercera del [Real Decreto 625/2014](#).

⁵⁹ Puesto que, a partir del cumplimiento de los 365 días, el control de las situaciones de IT pasa a ser ejercido de forma exclusiva por la entidad gestora.

sión del alta médica. La no presentación de la documentación citada o del informe no implica la paralización del procedimiento, ya que la entidad gestora competente puede dictar la resolución correspondiente, teniendo en cuenta la información facilitada por el trabajador.

La mutua puede pronunciarse reconociendo la improcedencia del alta emitida, lo que motiva el archivo inmediato del procedimiento iniciado por el interesado ante el INSS.

- b) De otra, a la empresa, en plazo de los dos días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud por parte del interesado. En el caso de que el trabajador hubiese presentado ante la empresa parte médico de baja emitido por el servicio público de salud, aquella ha de informar de dicha circunstancia al INSS o al ISM⁶⁰.

6.4. Existe otro supuesto consistente en que el trabajador solicite una baja médica derivada de contingencia común y, del reconocimiento médico, se desprenda la existencia de un proceso previo de IT derivada de contingencia profesional en el que se haya emitido un alta médica. En este caso, el servicio público de salud ha de informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar el procedimiento especial de revisión y, además, con carácter inmediato ha de comunicar a la entidad gestora competente la existencia de dos procesos distintos de IT que puedan estar relacionados. El plazo para iniciar el procedimiento es de 10 días hábiles (frente a los 4 días naturales anteriores) siguientes al de notificación del alta médica emitida por la entidad colaboradora.

Se trata, en consecuencia, de un supuesto de determinación de la contingencia de la que ha derivado el proceso de IT, ya que el INSS está facultado para calificar el proceso de IT, cualquiera que sea la entidad responsable de la gestión y el pago de la prestación económica. De darse la situación anterior, se inicia el abono de la prestación de IT por contingencias comunes hasta la fecha de resolución del procedimiento, sin perjuicio de que si el alta expedida por la mutua queda posteriormente sin efecto alguno, tras la resolución del procedimiento de revisión, la entidad colaboradora deba reintegrar a la entidad gestora la prestación abonada al trabajador y a este la diferencia que resulte a su favor.

6.5. Por el director provincial competente de la respectiva entidad gestora y previo dictamen del EVI se ha de dictar, en el plazo máximo de 15 días hábiles, la resolución que corresponda⁶¹, pronunciándose en alguno de los siguientes sentidos:

⁶⁰ A tal fin, el apartado 9 del artículo 4 del [Real Decreto 1430/2009](#) prevé que las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la entidad colaboradora, el servicio público de salud y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información.

⁶¹ La resolución ha de fijar la fecha y efectos del alta médica o el mantenimiento de la baja médica, determinando la 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 servicio público de salud.

- a) Confirmación del alta médica emitida por la mutua y declaración de la extinción del proceso de IT en la fecha de la mencionada alta. En este supuesto, se considera indebidamente percibida la prestación económica de la IT, derivada de contingencias profesionales, que se haya abonado al trabajador a partir de la fecha establecida en la resolución.
- b) Mantenimiento de la situación de IT, al considerarse que el trabajador continúa con dolencias que le impiden trabajar. En este supuesto, procede dejar sin efecto el alta médica expedida por la entidad colaboradora.
- c) Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de IT, en los supuestos en que coincidan procesos intercurrentes en el mismo periodo de tiempo, y, por tanto, existan distintas bajas médicas. En estos casos, la resolución ha de fijar los efectos que deriven de la determinación de la contingencia causante.
- d) En los casos en que, durante la tramitación del procedimiento especial de revisión, el trabajador haya recuperado la capacidad laboral, se puede dejar sin efectos el alta médica emitida por la entidad colaboradora por considerarla prematura. En estos casos, la resolución de la entidad gestora ha de determinar la nueva fecha de efectos del alta médica y de extinción del proceso de IT.
- e) Si durante la tramitación del procedimiento especial de revisión se cumple el plazo de 12 meses de duración de la situación de IT, decae el proceso especial de revisión, entrando en funcionamiento las previsiones contenidas en el artículo 128.1 a) de la **LGSS**, de modo que la entidad gestora puede prorrogar el proceso de IT, expedir alta médica que extingue la situación de IT o, en su caso, efectuar propuesta de declaración de la situación de incapacidad permanente.
- f) Las resoluciones emitidas por la entidad gestora se consideran dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de modo que quede expedita la vía de demanda ante la jurisdicción social.

7. LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA CORRESPONDIENTE

7.1. La nueva regulación reglamentaria mantiene, en sus grandes líneas, las previsiones anteriores en relación con las actividades de seguimiento y control de la prestación económica por IT y de las respectivas situaciones, de forma que:

- a) Con carácter general, la entidad responsable de la prestación económica (INSS, ISM o la mutua respectiva) han de llevar a cabo tales actividades, pudiendo realizar las que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la

- situación que originaron el derecho al subsidio, a partir del momento en que se expida el parte médico de baja.
- b) Con relación a las actividades que lleve el personal médico adscrito a la correspondiente entidad (incluidos los pertenecientes a los servicios públicos de salud), las mismas han de estar basadas, de forma preferente, tanto en los datos que fundamenten los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, como en los derivados de los reconocimientos médicos e informes realizados durante la duración del proceso. Para ello, los facultativos pueden acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a las situaciones de IT, a fin de ejercitar sus respectivas funciones.
 - c) Hay una restricción en cuanto al acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada de los trabajadores del sistema de la Seguridad Social, ya que este acceso está previsto para los inspectores médicos del INSS o, en su caso, del ISM en el ejercicio de sus competencias, incluso respecto de la documentación clínica de los trabajadores protegidos frente a las contingencias profesionales con las mutuas, acceso que no se prevé para los médicos de las mutuas, con relación a la documentación clínica de atención primaria y especializada de trabajadores, en procesos de IT derivados de contingencias comunes, protegidos por la mutua.
 - d) Por último, la Intervención General de la Seguridad Social, en sus funciones de control interno, puede acceder a los datos relativos a las situaciones de IT, si bien solo a los que sean estrictamente necesarios para poder ejercer dichas funciones.

7.2. Dentro de las actividades de seguimiento y control de las situaciones de IT, desde el ejercicio 1997 se ha previsto que, sin perjuicio de las facultades que ostentan los servicios de salud, la entidad gestora puede disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de IT sean reconocidos por los inspectores médicos de dichas entidades, facultad que se extiende a las mutuas, a través de sus servicios médicos⁶², en relación con los beneficiarios de la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes incluidos en su ámbito de gestión⁶³. De igual modo, se prevén (art. 9 RD 625/2014) las consecuencias derivadas de la negativa al sometimiento al reconocimiento médico ordenado o a la incomparecencia no justificada al mismo, en la forma siguiente:

⁶² En la disposición adicional quincuagésima segunda de la LGSS (incorporada por la Ley 35/2010) se establece que las mutuas asumen a su cargo, sin perjuicio del posible resarcimiento posterior por los servicios de salud o por las entidades gestoras de la Seguridad Social, el coste originado por la realización de pruebas de diagnóstico, tratamiento y procesos de recuperación funcional dirigidos a evitar la prolongación innecesaria de los procesos de baja laboral por contingencias comunes a los trabajadores del sistema de la Seguridad Social.

⁶³ Los reconocimientos se han de llevar a cabo respetando el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores, siendo de aplicación las garantías respecto del derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal de los trabajadores y la confidencialidad de la información objeto de tratamiento, así como lo dispuesto para las historias clínicas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

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

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

- b) Si el interesado no acude al reconocimiento en la fecha indicada, el director provincial correspondiente ha de dictar resolución, que será inmediatamente comunicada al interesado, disponiendo la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento, contando el trabajador con un plazo de 10 días hábiles, a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificar la misma.

En el mismo sentido, y cuando el trabajador que hubiera sido citado a reconocimiento médico por una mutua no acuda al mismo en la fecha fijada, aquella ha de acordar la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al señalado para el reconocimiento, disponiendo el interesado de un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificarla.

- c) Si el trabajador justifica 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 que quedó suspendida, comunicando a la empresa y a la TGSS la resolución o acuerdo por la que la suspensión queda sin efecto, informando de la fecha a partir de la cual procede reponer el pago delegado por parte de la empresa.

Se considera que la incomparecencia fue justificada cuando el trabajador aporte informe emitido por el médico del servicio público de salud que le dispense la asistencia sanitaria, en el que se señale que la personación era desaconsejable conforme a la situación clínica del paciente; cuando la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a cuatro días hábiles, o bien cuando el beneficiario acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

- d) Transcurridos 10 días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico, sin que el trabajador hubiera aportado justificación suficiente de su incomparecencia, el director provincial correspondiente ha de dictar resolución, declarando la extinción del derecho a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión, notificando la resolución al interesado. La entidad gestora ha de comunicar la extinción acordada, por vía telemática, al servicio público de salud, a la empresa y a la TGSS.

De igual forma, transcurridos 10 días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico por la mutua, sin que el trabajador hubiera aportado justificación suficiente de su incomparecencia, la entidad ha de acordar la extinción del derecho a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión, comunicándolo al interesado. Asimismo, la mutua ha de comunicar la extinción acordada, por vía telemática, al servicio público de salud, a la empresa y a la TGSS.