

Novedades normativas en materia de incapacidad temporal

A.M. Gómez-Álvarez, J.L. de la Fuente-Madero, M.N. Rodríguez-Martínez y S. Cabuchola-Moreno

Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Dirección Provincial de Málaga. España.

En este artículo ofrecemos una revisión de los cambios normativos más recientes que afectan al sistema español de la Seguridad Social en materia de protección en incapacidades laborales (especialmente Incapacidad Temporal), pues es importante que los médicos generales conozcan cómo estos cambios pueden influir en su actividad profesional diaria.

Palabras clave: Seguridad Social, incapacidad laboral, Incapacidad temporal, accidente de trabajo, enfermedad profesional.

In this article we offer a review of the most recent regulatory changes affecting the Spanish Social Security System regarding working disability protection (especially Temporary Disability). The general practitioners must know how these changes can influence their diary professional activity.

Key words: Social Security, working disability, temporary disability, working accident, work-caused disease.

INTRODUCCIÓN

El pasado 18 de enero de 2008 entró en vigor, en las últimas provincias españolas en las que aún no lo había hecho, la nueva normativa referente al control de la prestación por Incapacidad Temporal (IT) de nuestro sistema de Seguridad Social, culminando de esta forma un proceso de algo más de dos años de duración en el cual se han implantado los cambios relevantes introducidos inicialmente por la Ley 30/2005¹ y, más recientemente, por la Ley 40/2007².

Las novedades normativas aludidas tienen como consecuencia una serie de modificaciones en las competencias

de los distintos agentes implicados en el control y gestión de esta prestación, algunas de las cuales afectan directamente a las funciones del médico de Atención Primaria, y todas ellas afectan a nuestros pacientes en cuanto beneficiarios potenciales de esta prestación. Por ello, resulta necesario para el médico general conocer el nuevo marco competencial que las leyes establecen en lo referente a las prestaciones por incapacidad laboral de nuestro sistema de Seguridad Social.

CONCEPTO ACTUAL DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Dos son los artículos de nuestra Constitución Española de 1978³ que constituyen la base de la prestación por IT: por un lado, el art. 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, y por otro, el art. 41 dirige a los poderes públicos el mandato imperativo de mantener un régimen público de Seguridad Social que garantice para todos los ciudadanos la asistencia y prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad.

El Real Decreto Legislativo 1/1994, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS)⁴, que desarrolla el mandato contenido en el ya mencionado artículo 41 de la Constitución, establece que tendrán la consideración de situaciones determinantes de IT las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses, prorrogables por otros 6 cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación. También tienen consideración de IT los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de 6 meses, prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

CONCEPTOS DE ENFERMEDAD COMÚN Y PROFESIONAL, ACCIDENTE DE TRABAJO Y ACCIDENTE NO LABORAL

La misma norma (el TRLGSS) concreta lo que debe entenderse por enfermedad común o profesional y accidente, de

Correspondencia: A.M. Gómez Álvarez.
C/ Kandinsky, 12.
29010 Málaga. España.
Correo electrónico: ana@articulo41.com

Recibido el 14-05-08; aceptado para su publicación el 23-12-08.

trabajo o no. Para una adecuada comprensión de la definición anterior, merece la pena detenernos a delimitar esos conceptos:

Se entenderá por enfermedad profesional (EP) la contraída a consecuencia del trabajo en las actividades que se especifiquen en el cuadro aprobado al efecto, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada EP. En la actualidad, el cuadro mencionado se encuentra recogido en el Real Decreto 1299/2006, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales (EEPP) en el sistema de Seguridad Social⁵, el cual, como la propia Ley General de la Seguridad Social exige, establece el procedimiento que ha de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas EEPP que se estime deban ser incorporadas al mismo. Las tres características que definen la EP son, por tanto: etiología profesional, obligación de estar expresamente contemplada en el cuadro de EEPP y que estén provocadas por la acción de los elementos o sustancias indicados en dicho cuadro.

Respecto al accidente de trabajo (AT), la misma Ley establece que debe entenderse por tal toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute (en un sentido amplio). También tendrán la consideración de AT las enfermedades que, sin tener la consideración de EEPP, contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

Aunque el texto de la Ley sigue restringiendo los conceptos de AT y EP a los producidos en relación con actividades laborales por cuenta ajena, desde el 1 de enero de 2004 los trabajadores afiliados al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos pueden también contratar, de forma voluntaria (a diferencia de los trabajadores por cuenta ajena, en cuyo caso es obligatoria) la protección por estas contingencias. Por el contrario, respecto a los trabajadores por cuenta ajena, los pertenecientes al Régimen Especial de Empleados del Hogar quedan excluidos de la protección por contingencias profesionales (EP y AT).

A los conceptos de enfermedad común y accidente no laboral se llega por exclusión, una vez descartados los casos en que debe hablarse de EP o AT.

REQUISITOS PARA ACCEDER A LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Los requisitos que la Ley General de la Seguridad Social establece para que un trabajador pueda considerarse acreedor de la prestación por IT es el hecho de estar recibiendo asistencia sanitaria de la Seguridad Social y estar también, lógicamente, impedido para el trabajo.

Otro requisito imprescindible para generar el derecho a la prestación por IT lo constituye la necesidad de estar afiliado y en alta en la Seguridad Social, así como tener cubierto, en los casos de enfermedad común (pues no se exige en caso de EP ni de accidente, sea o no de trabajo) un período de cotización a la Seguridad Social equivalente

a un mínimo de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores.

El reparto de las competencias entre las distintas Administraciones Públicas que establece la Constitución hace que en la gestión de la IT intervengan tanto la Administración Central del Estado, como la Administración Autonómica: por un lado, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), dependiente del Ministerio de Trabajo e Inmigración, se encarga de la prestación económica, y tiene competencias en el seguimiento y control de las situaciones determinantes de IT. Por otro, puesto que sanidad e higiene son competencias de las Comunidades Autónomas, las cuales suelen disponer de un servicio de salud propio, son éstas las que proporcionan al trabajador la asistencia sanitaria necesaria, lo cual, también, conlleva competencias en el control de la prestación.

LA EXTINCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

La limitación de la procedencia de la prestación por IT al período temporal en que el trabajador esté recibiendo asistencia sanitaria tiene su justificación en el hecho de que para proteger a aquellas personas en quienes persista la situación de incapacidad una vez finalizado el tratamiento médico existe otra prestación diferente, la de Incapacidad Permanente (IP).

De acuerdo con su definición legal, la IP, en su modalidad contributiva, es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, sin que suponga obstáculo a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.

En la actualidad, el reconocimiento de la situación de IP y sus grados corresponde al Director Provincial del INSS, con el asesoramiento preceptivo y no vinculante del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), cuyas Unidades Médicas (UMEVI) trabajan buscando siempre la equidad con base en la mejor evidencia científica disponible.

Cuando la situación de IT se extinga por el transcurso del plazo máximo (incluida la prórroga) de 18 meses, el INSS examinará necesariamente, en el plazo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación en el grado de IP que corresponda. Mientras tiene lugar dicha valoración, los efectos de la situación de IT se prorrogarán hasta la mencionada resolución del Director Provincial del INSS sobre la calificación de IP. Esto implica que el trabajador continuará percibiendo el subsidio y que el contrato de trabajo continuará suspendido (lo cual supone que el trabajador no estará obligado a reincorporarse a su puesto de trabajo) hasta el momento en que se dicte la resolución del Director Provincial del INSS referente a la capacidad laboral del trabajador.

EL CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Durante años, se delegaron todos los aspectos del control de la IT por contingencias comunes en los Servicios Públicos de Salud. Generalmente, era el médico de Atención Primaria quien certificaba el cumplimiento por parte del paciente de los requisitos para acceder a la prestación mediante la expedición del parte de baja, avalaba la persistencia de la situación de incapacidad mediante la expedición de los sucesivos partes de confirmación, y ponía fin a la prestación cuando el paciente había recuperado la capacidad funcional mediante la expedición del parte de alta. Esta autonomía plena del médico asistencial en la gestión de la IT lo situaba, en ocasiones, en un difícil conflicto de lealtades: por un lado, está su lógico interés en beneficiar al paciente, quien, por otra parte, desea y exige su ayuda incondicional y no espera del médico que se sienta vinculado por los requisitos que debe cumplir un trabajador para ser beneficiario de la prestación por IT de acuerdo con lo explícitamente definido por el legislador, ni que tenga en cuenta que la IT (al conllevar, además de la asistencia sanitaria, la suspensión temporal del contrato de trabajo y el pago de una prestación económica) tiene repercusiones que alcanzan más allá de los intereses del propio paciente; mientras que, por otro lado, está su responsabilidad como gestor de los recursos del sistema, su compromiso con la sociedad en su conjunto, que delega en el médico del Servicio Público de Salud (SPS) la distribución equitativa de los recursos disponibles.

Respecto a las contingencias profesionales, todos los aspectos relacionados con la gestión de la IT se delegaban en la entidad responsable del pago de la prestación económica, aun cuando ello supusiera -como ocurría, y aún ocurre, cuando dicha entidad es una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)- que la asistencia sanitaria orientada a la recuperación de la salud del trabajador fuese proporcionada por una entidad diferente del SPS.

A partir de 1997 se han ido introduciendo paulatinamente una serie de medidas normativas encaminadas a proporcionar competencias en el control de la prestación a los facultativos del INSS (los inspectores médicos integrantes de las UMEVI) y a los médicos de las MATEPSS.

Entre 1997 y 1998 fueron publicadas una serie de normas⁶⁻⁹ que introdujeron en el sistema dos nuevas herramientas de control de la prestación:

1) Por una parte, se proporcionó a la entidad gestora (INSS) y a las Mutuas la posibilidad de hacer propuestas de alta a través de la Inspección Médica del correspondiente SPS. Para ello, se les reconoció el derecho a realizar reconocimientos médicos a los beneficiarios de la prestación, imponiéndose, en correspondencia, a éstos, la obligación de acudir a las citas para los referidos reconocimientos médicos.

2) En segundo lugar, se autorizó a los médicos del INSS a expedir el alta médica en el proceso de IT, a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la Seguridad Social que determina la extinción de la prestación econó-

mica por IT y el consiguiente derecho del trabajador de incorporarse a la empresa, sin perjuicio de que el SPS continúe prestándole la asistencia sanitaria que aconseje su estado. Sin embargo, la efectividad del alta a los exclusivos efectos económicos está condicionada a la no oposición por parte de la Inspección Médica del SPS, la cual podrá manifestarse en dicho sentido en el plazo de los 5 días hábiles siguientes a su emisión, dejándola completamente sin efectos (éste es el motivo por el cual la fecha de efectos prevista para esta alta siempre se demora hasta 5 días hábiles después de la fecha en que fue emitida, pues, de ese modo, si dicha oposición efectivamente tiene lugar, la prestación no se habrá visto interrumpida).

Ambas figuras, la propuesta de alta canalizada a través de la Inspección Médica del SPS y el alta a los exclusivos efectos económicos, están plenamente en vigor en el esquema competencial actualmente vigente, si bien han dejado de tener sentido para aquellos procesos de IT que han alcanzado su duración máxima de 12 meses, aun cuando hayan sido prorrogados.

El Real Decreto-Ley 6/2000¹⁰ habilitó a los médicos de las MATEPSS a expedir altas médicas en los mismos términos que a los del INSS, pero esta norma, a pesar del tiempo transcurrido desde su promulgación, aún no ha sido objeto de desarrollo reglamentario completo.

Aunque la introducción en el sistema de las medidas mencionadas se justificó en un intento de dotar a la gestión de la IT de una mayor eficacia y transparencia, evitando los riesgos de abusos y fraudes, es obvio que su aplicabilidad no quedaba restringida a los mismos, sino que se buscaba además paliar el efecto de determinadas deficiencias institucionales como la falta de tiempo disponible para que los profesionales de Atención Primaria pudiesen realizar reconocimientos concienzudos a todos y cada uno de sus pacientes en situación de IT, así como proporcionarles un apoyo que permitiera finalizar la prestación minimizando las consecuencias indeseables de dicha actuación sobre la buena relación médico-paciente, cuyo mantenimiento es especialmente deseable en la Atención Primaria de salud.

Las más recientes novedades normativas profundizan en ese traspaso de competencias en el control de la IT del médico del SPS a las entidades gestoras y colaboradoras.

MODIFICACIONES NORMATIVAS RECIENTES

El desarrollo de la modificación sustancial introducida por la Ley 30/2005 en el artículo 131 bis del TRLGSS ha supuesto en la práctica que, desde la fecha de entrada en vigor de dicha modificación (1 de enero de 2006), los pacientes que han agotado el plazo máximo (incluida la prórroga) de 18 meses de IT sin posterior reconocimiento de IP, no puedan iniciar un nuevo proceso de IT por la misma o similar patología durante los 6 meses siguientes. Ello ha permitido al INSS, en uso de sus competencias, convocar a reconocimiento médico a todos los pacientes a quienes, encontrándose en las circunstancias referidas, el correspondiente SPS haya expedido una nueva baja

médica: el objetivo de tal reconocimiento es, exclusivamente, la determinación de la patología que ha justificado la expedición de la nueva baja médica, reconociéndose efectos económicos únicamente a aquellos procesos en los que la patología es diferente de la que justificó el período de IT previamente agotado.

El escenario descrito no se ha modificado sustancialmente como consecuencia de la nueva redacción dada al artículo 131 bis del TRLGSS por la Ley 40/2007. Tan sólo cabe destacar la recuperación de una figura que en años anteriores había sido desterrada de nuestro sistema de Seguridad Social: la llamada “demora de calificación”, procedente en los casos en que, 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 retrasar la citada calificación; en tales casos, dicha calificación podría retrasarse por el período preciso, que en ningún caso podrá rebasar los 24 meses siguientes a la fecha en que se haya iniciado la IT.

En su redacción actual, la Ley General de la Seguridad Social establece que, una vez agotado el plazo de duración de 12 meses previsto como máximo para la situación de IT, el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la IP del trabajador, será el único competente o bien para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de 6 meses más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de IP, o bien para emitir el alta médica, a los efectos previstos en los párrafos siguientes.

Ello implica que los EVI adscritos al INSS deberán valorar, de forma individual, todos y cada uno de los procesos de IT que alcancen el plazo máximo de un año, y deberán emitir propuesta de resolución al Director Provincial de la entidad. Para ello, las UMEVI deberán citar a los pacientes en dicha situación a reconocimiento médico en fecha próxima al agotamiento de 12 meses. Simultáneamente, el SPS (es decir, los médicos asistenciales y los médicos inspectores del SPS) deja de tener competencias en el control de la prestación una vez alcanzado el duodécimo mes desde la baja, sin perjuicio de que continúe siendo responsable de la asistencia sanitaria necesaria.

La resolución del Director Provincial del INSS derivada del reconocimiento médico y consiguiente dictamen del EVI podrá orientarse en uno de los tres sentidos referidos: prórroga expresa de la situación de IT, con un límite de 6 meses más; o iniciación de un expediente de IP; o emisión del alta médica. Veámoslas:

1) Prórroga expresa de la situación de IT, con un límite de 6 meses más.

Lógicamente, la prórroga de la situación de IT procederá cuando, llegada esa fecha, se constate que continúan presentes todos los requisitos determinantes de la situación de IT sin que la situación pueda calificarse como IP.

En el caso de que la situación de IT se vea prorrogada, el paciente no necesitará, durante el tiempo que dure la prórroga, ningún parte de confirmación más. Sin perjuicio

de que el perceptor de la prestación continúe vinculado con el SPS para recibir la asistencia sanitaria que su estado haga necesaria, el médico de Atención Primaria deja de estar obligado a emitir los partes de confirmación consecutivos con periodicidad semanal: el control de la situación de IT del paciente, con la posibilidad, en cada reconocimiento sucesivo, de prolongar la prórroga, emitir el alta o abrir un expediente de IP, pasa a ser competencia exclusiva del INSS.

Como consecuencia de lo anterior, los SPS han incorporado una nueva variedad entre los motivos que justifican la emisión del alta por parte del médico asistencial: en este caso, se trata del alta por agotamiento de 12 meses, que no implica la incorporación del paciente a su trabajo, sino simplemente la sumisión del proceso a control por parte del INSS. Los pacientes que alcancen un año en situación de IT recibirán por parte del SPS este Alta por agotamiento de plazo de 12 meses, lo cual permite al médico cerrar el proceso de IT en el aplicativo informático con que trabaje en su consulta.

La resolución que reconoce inicialmente la prórroga a partir de agotados los 12 meses de la prestación, establecerá también el plazo a partir del cual el paciente podrá ser llamado a nuevo reconocimiento médico por parte de la UMEVI. Cualquier decisión derivada de ese reconocimiento que no sea la prolongación de la prórroga ya iniciada, requerirá un nuevo dictamen del EVI y una nueva resolución del Director Provincial.

Otra consecuencia importante de la prórroga para el perceptor de la prestación es el hecho de que, en los casos de pacientes pertenecientes al Régimen General de la Seguridad Social que estén en situación de alta, va a suponer un cambio en la entidad responsable inmediata del pago del subsidio.

En el caso de la prestación por IT (entre otras), de acuerdo con las normas que establecen la colaboración obligatoria de las empresas con la Seguridad Social¹¹, éstas se harán cargo del pago del subsidio a sus trabajadores, por delegación, independientemente de que la entidad responsable final del mismo sea la entidad gestora –INSS o Instituto Social de la Marina (ISM)– o, en su caso, una MATEPSS. En tales casos, se habla de prestación en pago delegado, mientras que, por el contrario, cuando es la entidad gestora o la MATEPSS la responsable directa e inmediata de abonar el subsidio, se habla de pago directo.

El pago delegado tiene la ventaja para el trabajador de que no detectará cambios importantes en la periodicidad o entidad pagadora del subsidio, percibiéndose entonces esta renta sustitutiva del salario de un modo en todo comparable a la forma en que habitualmente se percibe el propio salario.

Durante la situación de prórroga de IT (mes 12 al 18), la prestación económica se abonará en régimen de pago directo por la entidad gestora o colaboradora (MATEPSS) responsable: el inicio del pago directo se efectuará a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de la resolución del Director Provincial en que se haya reconocido la prórroga expresa de la IT (como excepción a lo anterior, el

trabajador percibiendo la prestación contributiva de desempleo continuará percibiéndola en régimen de pago delegado, a cargo del Servicio Público de Empleo Estatal).

Si durante los 12 primeros meses de la prestación el trabajador ha percibido el subsidio en régimen de pago delegado a través de la empresa, el reconocimiento de la prórroga implica el paso a pago directo a cargo de la entidad gestora (INSS o ISM) o colaboradora (MATEPSS), una vez que el trabajador lo haya solicitado de forma expresa siguiendo las instrucciones que se le proporcionan conjuntamente con la resolución que reconoce la prórroga.

Durante la prórroga de IT (desde el mes 12 al 18) subsiste la obligación de cotizar a la Seguridad Social (la empresa ingresa la cuota patronal y la entidad responsable del pago del subsidio descuenta del mismo e ingresa la cuota obrera).

2) Iniciación de un expediente de IP.

Cuando, llegado el momento de la valoración, el trabajador presente lesiones invalidantes definitivas y objetivas, se iniciará un expediente de IP.

Durante la tramitación del expediente de IP, el trabajador continuará percibiendo, en prórroga de efectos, la prestación económica por IT hasta la fecha de su resolución, iniciándose a partir de este momento los efectos de la pensión.

La prestación económica en prórroga de efectos se efectuará en régimen de pago directo por la entidad gestora o colaboradora responsable.

El hecho de que la resolución del Director Provincial del INSS comunique el inicio de un expediente de IP no debe interpretarse como que el trabajador tiene derecho a una prestación por IP, sino que, por el contrario, la apertura del mencionado expediente supone sencillamente que se pone en marcha el procedimiento destinado a que la situación del trabajador sea valorada a esos efectos por los órganos encargados del reconocimiento y revisión de la IP. Incluso reuniendo criterios médicos para ser calificado de IP, el expediente puede concluirse con resolución denegatoria por circunstancias diferentes de las puramente médicas (como podría ser una falta de periodo de cotización a la Seguridad Social en los casos en que la contingencia determinante sea la de enfermedad común y el paciente no haya reunido el periodo necesario para generar el derecho).

3) Emisión del alta médica.

El alta médica emitida por el INSS mediante resolución del Director Provincial surtirá plenos efectos y extinguirá la prestación de IT.

Esta alta médica es, obviamente, diferente de la ya mencionada figura del alta a los exclusivos efectos económicos, que puede ser utilizada por el inspector médico de la UMEVI en cualquiera de los 12 primeros meses de la prestación. A diferencia de ésta, el alta médica emitida por el INSS mediante resolución del Director Provincial tras el agotamiento del plazo de 12 meses no tiene efectos exclusivamente económicos, sino que debe entenderse de efecti-

tividad plena (no existe aquí, pues, la posibilidad teórica de que el SPS pueda seguir justificando la ausencia al trabajo mediante la sucesiva expedición de partes de confirmación, aun cuando la prestación económica se hubiera suspendido), y su entrada en vigor no está condicionada a la no oposición por parte de la Inspección Médica del SPS.

Se ha instituido, no obstante, un procedimiento por el cual el interesado puede dejar constancia de su disconformidad frente al alta emitida, dando lugar a la implicación en el proceso de la Inspección Médica del SPS.

En los casos de alta médica, pues, frente a la resolución recaída podrá el interesado, en el plazo máximo de 4 días naturales, manifestar su disconformidad ante la Inspección Médica del SPS, la cual, si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de 7 días naturales, la reconsideración de la decisión de aquélla, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de los 11 días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica. Durante el periodo de tiempo transcurrido entre la fecha del alta médica y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de IT.

Si, en el aludido plazo máximo, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, ésta se pronunciará expresamente en el transcurso de los 7 días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de IT a todos los efectos. Si, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquélla, sólo se prorrogará la situación de IT hasta la fecha de la última resolución.

No obstante, este procedimiento de reclamación no tiene cabida cuando el alta médica hubiese recaído como consecuencia de cualquiera de las revisiones médicas realizadas entre los meses 12 a 18 de la prestación, en aquellos casos en los que ya hubiese existido una resolución previa del Director Provincial reconociendo la prórroga expresa de la IT, pues, en tales casos, la Inspección Médica del SPS carece ya, por completo, de competencias en el control de la prestación. Por tanto, en tales casos, un alta médica emitida por el Director Provincial del INSS como consecuencia de una propuesta realizada por el EVI en las circunstancias referidas tendrá plenos efectos desde la fecha de la resolución, sin que una manifestación de disconformidad del interesado pueda tener un valor diferente al de una reclamación previa frente al alta emitida.

Por otra parte, en el esquema competencial actual, la Ley establece que el INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de IT cuando

aquella se produzca por la misma o similar patología en un plazo de 6 meses inmediatamente posterior a la antes citada alta médica.

Si el paciente presenta, por tanto, durante los 6 meses siguientes al alta emitida por resolución del Director Provincial del INSS (en cualquier momento desde que se alcanzó el mes 12 hasta que se cumpla el plazo máximo de la prórroga) otra patología diferente a la que justificó el período de IT previo, el SPS, en uso de sus competencias, podrá emitir una nueva baja, la cual, por entenderse que inicia un nuevo proceso de IT distinto e independiente del anterior, será plenamente válida.

Por el contrario, si la circunstancia incapacitante constatada durante esos 6 meses siguientes al alta emitida por resolución del Director Provincial del INSS es por la misma o similar patología que la que justificó el período de IT previo, el único competente para emitir una nueva baja médica será el INSS. En cuyo caso, cualquier baja médica emitida por el SPS, cuando concurren las circunstancias descritas, carecerá de validez.

Como consecuencia de lo anterior, el INSS citará a reconocimiento médico en las UMEVI a todos los pacientes a quienes, encontrándose en la situación referida (esto es, a quienes se les ha emitido un alta médica, por resolución del Director Provincial, entre el mes 12 y el 18 de la prestación), el SPS haya expedido una nueva baja, para determinar si la expedición de dicha baja entra dentro de sus competencias (es decir, si se trata de la misma o similar patología que la que justificó el período previo de IT), y, en tal caso, si, a criterio del EVI, dicha baja resulta efectivamente procedente por ser la situación clínica del paciente incompatible con las exigencias de su actividad laboral. Igualmente, el INSS ha habilitado el procedimiento para que aquellos pacientes a quienes el SPS no ha expedido nueva baja, por entender que es competencia del INSS, puedan solicitarla ante la entidad gestora.

Es muy importante para el médico general conocer este hecho para actuar en consecuencia, pues las repercusiones para el paciente perceptor de una prestación de IT que ha sido iniciada de buena fe por su médico de Atención Primaria pueden ser muy nocivas si posteriormente se descubre que la baja que dio inicio a dicha prestación carecía de validez.

CONCLUSIONES

Como consecuencia de todo lo anterior podemos concluir que, tras la entrada en vigor de las modificaciones normativas analizadas, el médico de Atención Primaria no ha visto modificadas sus funciones en el control de la IT durante los 12 primeros meses de duración de la prestación, a excepción de la posible intervención del INSS en el reconoci-

miento del derecho al acceso a la prestación por parte de aquellos pacientes cuya prestación de IT haya finalizado tras resolución del Director Provincial, no más allá de 6 meses antes. Por el contrario, superado el duodécimo mes, las competencias en el control de la prestación pasan al INSS, quedando el médico del SPS liberado incluso de la obligación de emitir partes periódicos de confirmación. No obstante, el paciente queda vinculado al SPS para seguir recibiendo la asistencia sanitaria precisa para la recuperación de la salud, asistencia que sigue siendo parte consustancial de esta prestación. Durante este período, además, el médico de Atención Primaria conserva, como no podía ser de otra forma, sus funciones de asesoramiento y orientación al paciente en sus relaciones con los demás agentes implicados en el control de la IT (INSS, Inspección Médica del SPS, Mutuas, etc.), y su conocimiento de las circunstancias clínicas del paciente puede resultar decisivo, comunicadas éstas por los cauces oportunos, para orientar la decisión de aquéllos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006. BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 2005.
2. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. BOE núm. 291, de 5 de diciembre de 2007.
3. Constitución Española de 1978. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.
4. Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 154, de 29 de junio de 1994.
5. Real Decreto 1299/2006, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302, de 19 de diciembre de 2006.
6. 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. BOE núm. 98, de 24 de abril de 1997.
7. Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE núm. 150, de 24 de junio de 1997.
8. Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1997.
9. Real Decreto 1117/1998 de 5 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del artículo 131 bis) de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 145, de 18 de junio de 1998.
10. Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio, de medidas urgentes de intensificación de la competencia en mercados de bienes y servicios. BOE núm. 151, de 24 de junio de 2000.
11. 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. BOE de 7 de diciembre de 1966.