

## **El control médico de las situaciones de incapacidad temporal para el trabajo** **Health monitoring of workers in temporary disability**

**Resumen:** Se analiza en este trabajo las relaciones entre la asistencia sanitaria y el control médico de la incapacidad temporal, observando las diferentes cuestiones del proceso de incapacidad temporal que tienen relación con la determinación de la aptitud para trabajar por parte del trabajador beneficiario de esta prestación.

**Palabras clave:** incapacidad temporal, fraude, control médico

**Key words:** temporary disability; fraud, medical monitoring.

Por Juan Carlos Álvarez Cortés.  
Universidad de Málaga

### **1. Introducción.**

La falta de asistencia al trabajo por incapacidad temporal (IT) supone un coste importante para la empresa<sup>1</sup> y también para las arcas del sistema de Seguridad Social, pero también, en caso de inexistencia de mejoras voluntarias por la negociación colectiva, para el propio trabajador<sup>2</sup>.

Esta causa de ausencia, la referida a razones de salud es “el motivo más importante que justifica al trabajador para no acudir al trabajo”<sup>3</sup> y el centro de las recientes políticas antiabsentismo.

Como dije en su momento<sup>4</sup>, se acompaña, de forma velada o no, como justificación a todas las reformas en la prestación de IT el importante absentismo a causa del fraude en estas prestaciones<sup>5</sup>, por lo que se han ido creando aluvionalmente desde hace tiempo

---

<sup>1</sup> El coste por la suspensión del contrato de trabajo para la empresa proviene del abono de cotizaciones, mejoras voluntarias colectivamente acordadas y en la disminución de la producción de la empresa por contar con menos efectivos o bien en el coste de contratación de un trabajador sustituto, en el lógico caso de querer mantener la productividad de la organización.

<sup>2</sup> En sentido parecido, GARCÍA GONZÁLEZ, F. *Incapacidad temporal por contingencias comunes. Impacto de una intervención en la UVMI de Jaén*, Univ. Jaén, 2015, p. 20.

<sup>3</sup> Como indica CASTEJÓN CASTEJÓN, J. en *El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral*, Tesis Doctoral UAB, 2002, p. 25, en <http://ddd.uab.cat/record/37043>, consultado 18 de julio de 2016.

<sup>4</sup> Vid. ÁLVAREZ CORTÉS, J.C., “Breves notas respecto de la gestión y el reconocimiento de las prestaciones de incapacidad temporal (O sobre de cómo las Mutuas de Accidentes Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social pretenden arrogarse derechos que no les corresponden) TL núm. 83/2006, págs. 209-224.

<sup>5</sup> En el grupo de beneficiarios de esta prestación se han encontrado bolsas significativas de fraude. Ya que, por diversas actitudes, se ha alargado a veces de forma sorprendente la duración del disfrute de la prestación en patologías que habitualmente hallan curación en menos tiempo. A veces trabajadores, en cuyos convenios colectivos se había negociado una mejora voluntaria que suponía no perder capacidad adquisitiva durante la percepción de la prestación de incapacidad temporal (que como es conocido suele ser, aproximadamente, entre un 60% y un 75% del salario dejado de percibir, dependiendo de la contingencia y del momento temporal de la percepción), «fingían» continuar convalecientes; de hecho, es una cuestión de la que han podido beneficiarse los trabajadores fijos, llegando a observarse en algunos sectores, como la Administración Pública, situaciones que contrarían totalmente la eficacia y calidad que los servicios públicos deben ofrecer. Otras veces, algunos trabajadores que acababan un empleo sin derecho a prestación por desempleo o que finalizaban la protección por desempleo pretendían, con toda la razón que conlleva la necesidad, creemos, mantener un ingreso para alimentar a la familia ya que un sistema de Seguridad Social imperfecto e insuficiente no cubría sus necesidades mínimas. Es como llamó TORTUERO PLAZA, J.L, el “refugio protegido”, al que acuden los trabajadores “para dar respuestas a

una serie innumerable de normas que, en regulación de la protección de incapacidad temporal, tenían como principal objetivo el control de estas prestaciones, con especial incidencia en las derivadas de contingencias comunes.

Por ello, se han venido estableciendo mecanismos diversos de control donde de implican varios médicos e inspecciones médicas que pueden dar de alta a los trabajadores ante la sospecha de un alargamiento indebido de la prestación, ya que lo importante ahora es, exclusivamente, el impedimento para el trabajo, independientemente de haber finalizado o no la curación o tratamiento curativo<sup>6</sup>.

Como es conocido, la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) contempla dos situaciones que determinan el acceso a la prestación económica de IT y las dos tienen una relación directa con la protección de la salud del trabajador. De un lado, la situación “común u ordinaria”, supone un padecimiento o sufrimiento de enfermedad o accidente que conlleva un impedimento para el trabajo y la necesidad de recibir asistencia sanitaria. De otro lado, la de “observación de enfermedad profesional”, supone directamente un período de estudio y diagnóstico para observar si los síntomas que ofrece el trabajador están causados por alguna de las enfermedades profesionales tipificadas. Pero la cuestión del control médico se relaciona de forma especial con primera de ellas, la IT ordinaria, a la que se refiere el art. 169.1 a) LGSS.

Ha de recordarse que no todo deterioro o menoscabo de la salud lleva consigo el acceso a las prestaciones de incapacidad temporal: sola aquellas alteraciones de la salud que comporten una pérdida de aptitud transitoria para el trabajo. Y es que, para que pueda obtenerse la prestación correspondiente de incapacidad temporal por parte de un trabajador es necesario que la alteración, deterioro o menoscabo de salud que padezca conlleve una limitación, imposibilidad, falta de aptitud o, en definitiva, como se refiere la norma, incapacidad para poder desarrollar la actividad laboral que venía desempeñando<sup>7</sup>.

El primer control médico es el que determina si existe una alteración de la salud para lo cual se le realizará al trabajador un reconocimiento médico para la determinación

---

un sinnúmero de problemas que carecen de cauces adecuados en la ordenación de la relación laboral”, en “Reflexiones acerca de la incapacidad temporal”, RGDTSS nº 10, 2006, Iustel.com, p. 4. Consultada 15 de julio de 2016.

<sup>6</sup> Como se ha dicho por LÓPEZ INSUA, BM, “Las figuras del ‘fraude’ y del ‘absentismo injustificado’ constituyen piedra angular de esta institución, sin ellas no serían posibles las constantes revisiones a las que se encuentra expuesta la incapacidad temporal. Se pretende por todos los medios corregir esas deficiencias o errores de concepto a los que conduce esta prestación, reduciendo a un tiempo los elevados costes que se originan por esta causa. Sin embargo, este arma de doble filo no sólo conduce a experimentar continuos vaivenes normativos, sino que incluso llega a poner en duda los cimientos por los que erigió el ordenamiento social vigente, en “Control del fraude y del absentismo en las empresas durante los procesos de baja por incapacidad temporal: el nuevo papel de las mutuas en la reforma legislativa en curso”. BIB 2014\1652, Revista Española de Derecho del Trabajo num.165/2014, p. 23.

<sup>7</sup> Se exige como requisito de la IT un proceso patológico que provoque la alteración de la salud y se trate de una alteración de la salud que “menoscabe su capacidad física y/o psíquica, sea causa de imposibilidad o incapacidad sobrevenida para trabajar. Dicho proceso maligno exige, por tanto que las mermas fisiológicas que padeciera el trabajador afectado necesiten de tratamiento médico y, además, que no permitan la ejecución de las tareas profesionales... de tal manera que no bastaría con la (simple) necesidad de requerir asistencia sanitaria –pues cabe la asistencia ambulatoria compatible con la actividad profesional-, ni tampoco sería suficiente que la incapacidad no requiriera asistencia sanitaria, sino que han de concurrir ambas circunstancias obstativas...” como indica GONZÁLEZ DE LA ALEJA, R. La incapacidad temporal en el RGSS, Bomarzo, Albacete, 2005, p. 15.

objetiva de la enfermedad o lesión que se alega. Confirmada la misma, nos encontramos con la cuestión más complicada: saber si la intensidad de la alteración de la salud que se padece afecta a la capacidad para trabajar. Si ello es así, se dará el correspondiente parte de baja médica que iniciará el proceso de incapacidad temporal, y también, todo el sistema de control de la situación. Deberá, pues, para emitirse el correspondiente parte de baja, existir una correlación entre la alteración de la salud y la incapacidad que sufre el trabajador. Es decir, el empleado ha de “estar impedido para el trabajo” o, dicho con otras palabras, la alteración de la salud deberá de revestir tal intensidad como para mermar la “capacidad laboral” de la persona del trabajador<sup>8</sup>.

Para poder valorar esta incapacidad, los médicos han de conocer los motivos que la han causado; los déficits funcionales u orgánicos que han quedado, y finalmente, valorar medicamente la incapacidad en relación a las actividades realizadas por trabajador tanto en el orden personal, como profesional-laboral<sup>9</sup>. Por lo que para valorar la capacidad laboral habrán de valorarse dos grupos de circunstancias: la valoración del puesto de trabajo y la valoración de la capacidad física y/o psíquica del trabajador<sup>10</sup>.

Para terminar ha de recordarse que este proceso que supone una alteración de la salud incapacitante, tiene como herramienta fundamental para su finalización protección mediante la asistencia sanitaria oportuna, que no es otra cosa que poner a disposición del trabajador los medios técnicos necesarios para la recuperación de la salud alterada, pero al mismo tiempo es también es un medio de control de las lesiones o enfermedades padecidas.

## **2. El control médico de la incapacidad temporal.**

Como se ha dicho anteriormente, tras la emisión del primer parte de baja por una alteración de la salud incapacitante del trabajador se inicia un proceso de IT en el que se producen diversos controles de la situación para advenir el deterioro de salud del trabajador. En esta compleja cuestión en la que se entrecruzan diversos intereses se van a analizar diversos aspectos: en primer lugar, la responsabilidad en el control de las distintas entidades participantes; en segundo lugar, el sistema de procesos establecidos para el control de la IT durante los primeros 365 días de percepción de la prestación; en tercer lugar, la cuestión del protocolo de tiempos óptimos como guía orientativa para los médicos de familia; en cuarto lugar, la propuesta de alta y su posible impugnación por desacuerdo del trabajador afectado; y, en quinto lugar, para finalizar, la propuesta de alta por no haber comparecido el trabajador a los correspondientes controles médicos.

### *2.1 Los distintos médicos o servicios de inspección médica implicados.*

---

<sup>8</sup> Vid. LÓPEZ INSUA, BM, *La incapacidad temporal en el sistema de Seguridad Social*, Ed. Comares, Granada, 2014, p. 85.

<sup>9</sup> Como indica, OJEDA GIL, J.A *Valoración de la incapacidad laboral*, Ed. Diaz de Santos, Madrid, 2005, p. XIX.

<sup>10</sup> Así lo propone en propio INSS, en AAVV *Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, Ministerio de Ciencia e Innovación, Instituto Salud Carlos III, INSS, Madrid, 2010, “De una forma simple, la valoración de la capacidad, dependería de las consecuencias anatómicas, fisiológicas, psicológicas o de otro tipo que provoque el proceso patológico y de la compatibilidad o no con los requerimientos anatómicos, fisiológicos, psicológicos o de otro tipo que necesite el puesto de trabajo en concreto”, pp. 24 y 25.

El proceso además se complica por, de un lado, el diseño prestacional que depende de la contingencia que provenía la IT y, de otro lado, por la cantidad de entidades intervinientes que pueden concurrir en este proceso, desde el médico de atención primaria del Servicio Público de Salud (SPS), el médico de la Mutua Colaboradora (MCSS) o el de la empresa en colaboración voluntaria, hasta los inspectores médicos del SPS o del INSS e incluso, ex art. 20.4 ET por el control de la empresa<sup>11</sup>. Una gestión racional y eficaz de la prestación de IT exige la estrecha colaboración de todos ellos<sup>12</sup>. El art. 170 LGSS hace un reparto de competencias en los procesos de IT<sup>13</sup>, quedando como entidad predominante en el control de la salud de los beneficiarios de IT al INSS.

De hecho, la norma distingue dos períodos, antes y después de los 365 días duración de la IT (en caso de que la misma se prolongue tanto). Tras dicho período la única entidad de control es el propio INSS a través de sus servicios médicos del Equipo de Valoración de Incapacidades ya que es quien puede reconocer la situación de prórroga expresa de 180 días más o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS. De igual modo, el INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal producida, por la misma o similar patología, en los ciento ochenta días naturales posteriores a la citada alta médica.

Durante los primeros 365 días del proceso de IT, el control de la prestación de IT dependerá de quién la tenga atribuida por la opción realizada por el empresario, de incluirse o no en una mutua colaboradora y, en este último caso, de si ha cubierto con la misma también la IT por contingencias comunes en caso de una contingencia común (ex art. 81.2, 82.4 y 83.1 a) LGSS). Si el empresario no se ha adherido a una mutua, lo cual es algo poco usual ya que la gran mayoría de ellos están adheridos a una mutua colaboradora<sup>14</sup>, serán las entidades gestoras las encargadas de la IT, con un reparto de competencias ya que la asistencia sanitaria corresponde al SPS, dependiente, salvo Ceuta y Melilla, de las Comunidades Autónomas y la gestión de la prestación (que es automática tras la presentación del correspondiente parte de baja) corresponde al INSS o al ISM.

---

<sup>11</sup> Vid. RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S., “El control de la incapacidad temporal: su incidencia sobre la contención del gasto público y el aumento de la productividad empresarial”, TL nº 118/2013, p. 138 y ss y RODRÍGUEZ CRESPO, MJ, “La facultad de vigilancia y control por parte del empresario de la incapacidad temporal: elenco de pruebas admitidas y no injerencia judicial en materia de sanciones”, TL nº 110, 2001, p. 207 y ss.

<sup>12</sup> Como indica MONTOYA MELGAR, A., en “El marco normativo de las prestaciones derivadas de la situación de incapacidad temporal por contingencias comunes y propuestas para la mejora de su gestión”, AAVV, *Primera Jornada sobre incapacidad temporal*, Ed. Instituto Superior de Estudios Empresariales, Madrid, 2002, p. 48.

<sup>13</sup> En general sobre la gestión de la IT y el reparto de competencias entre el INSS, Mutuas y Servicio Público de Salud, vid. MONREAL BRINGSVAERD, E. “Control público de la incapacidad temporal y absentismos laboral: puntos críticos”, RGDTySS nº 28, 2012, p. 111 y ss.

<sup>14</sup> La última memoria económico-financiera y de gestión de las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social es de 2013, en el mismo se indica que respecto de la gestión de contingencias profesionales (desde el 2009 en adelante que realiza la comparativa) el porcentaje sobre el total de trabajadores protegidos que gestionan las MCSS es entorno al 78%, frente al 22% de los que se encargan las entidades gestoras. Respecto de la gestión de IT por contingencias comunes, el porcentaje es algo menor, no llega al 70%. Vid. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/213699.pdf>, consultado 10 de julio.

Si el empresario se ha adherido a una MCSS sólo para las contingencias profesionales, será la mutua quien gestione la prestación económica y la asistencia sanitaria, correspondiendo pues, al servicio médico de la mutua la determinación y control de la IT por dicha contingencia (para las IT por contingencias comunes de sus trabajadores nos remitimos a lo dicho anteriormente). Si, además, el empresario ha asegurado con la MCSS la IT por contingencias comunes, será competente para su gestión en materia de asistencia sanitaria el SPS, determinando el inicio y, habitualmente, el fin de los procesos de IT, quedando para la inspección médica del INSS y para los servicios médicos de la mutua el control de las mismas<sup>15</sup>, la gestión económica en este supuesto también corresponde también a la mutua.

Todo ello se complica puesto que existe un papel de control adicional que incide especialmente en los procesos de IT por contingencias comunes. Parece que nuestro legislador, no se fía del personal estatutario de la Seguridad Social, de los médicos empleados públicos que han de iniciar los procesos de IT y en vez de sancionar a los que, de entre ellos, aumentan de forma impropia las bajas médicas, lo que hace es controlar, casi acechando, a los trabajadores. Es cierto que algunos trabajadores han podido engañar a los médicos y mediante esta conducta fraudulenta han alargado su proceso por fraude de éstos, pero la dilación de muchos procesos de IT proviene o puede provenir tanto por causa de la incompetencia de algunos facultativos como por el deficiente funcionamiento del Sistema Nacional de Salud a causa tanto de los recortes como de la mala gestión de los responsables de sanidad de las distintas Comunidades Autónomas que impiden realizar las pruebas médicas o las intervenciones precisas en formas y tiempos adecuados que impidan la prolongación de la ausencia del trabajador en situación de IT a su puesto de trabajo.

Por ello, en estos supuestos, se produce un doble control: de un lado, los inspectores médicos del SPS pueden emitir altas para terminar con el proceso de IT, y, de otro lado, dentro de los primeros 365 días del proceso de IT, ex art. 170 LGSS, también pueden hacerlo los inspectores médicos del INSS quienes ejercerán “las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo servicio público de salud, para emitir un alta médica a todos los efectos”. Además, en este caso, o sea cuando el inspector médico del INSS ha declarado el alta médica de un trabajador, sólo podrá ser un inspector médico del INSS, el que pueda “emitir una nueva baja médica producida por la misma o similar patología” durante los 180 días siguientes a la citada alta médica.

## *2.2 El control de la IT por procesos*

Como es conocido, en la regulación del control de los primeros 365 días de baja, el RD 625/2014, de 18 de julio,<sup>16</sup> ha establecido 4 tipos de procesos según la duración

---

<sup>15</sup> Pudiendo los servicios médicos del INSS dar el alta a los trabajadores en caso de que lo estimase oportuno, y el servicio médico de la mutua hacer controles médicos y, en su caso, proponer el alta a la inspección médica del INSS.

<sup>16</sup> Un estudio sistemático de la norma puede verse en PANIZO ROBLES, JA “De nuevo el control de la IT: Apuntes sobre 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 trescientos sesenta y cinco días de su duración”, BIB 2014\3231, Revista Información Laboral nº 7, 2014.

estimada de la incapacidad temporal, hasta 4 días, de 5 a 30 días, de 31 a 60 días y más de 61 días naturales.

Salvo el primer tipo de proceso, que no tiene revisión médica ya que el parte de baja y alta se produce en el mismo acto médico<sup>17</sup>, los demás tienen revisión tras los 7, 7 y 14 días naturales respectivamente, desde la fecha de la baja inicial para emitir el alta o la confirmación de la baja. El resto de los partes de confirmación se realizarán a los 14, 28 y 35 días naturales, respectivamente, para cada uno de los procesos. En cualquier caso, siempre que se produzca una modificación o actualización del diagnóstico, se emitirá un parte de confirmación que recogerá la duración estimada por el médico que lo emite. Y los siguientes partes de confirmación se expedirán en función de la nueva duración estimada. Se ha considerado por parte de la doctrina esta modificación de forma positiva porque agilizará “la atención a los beneficiarios del subsidio de incapacidad temporal (y) descargará de trabajo a los facultativos que les permitirá una atención más personalizada de sus pacientes, al menos en lo a la duración de la baja médica se refiere”<sup>18</sup>. Aunque soy más de la opinión de que el proceso previsto está diseñado para ahorrar costes, con criterios economicistas para evitar situaciones fraudulentas<sup>19</sup>.

Esta forma de predeterminación temporal del parte de alta médica se convierte en una forma de “presión- control” que tiene un efecto adicional: cuando el alta prevista no se produzca bien por la modificación del diagnóstico, bien por la evolución del propio proceso, “actuará como señal de alarma para la actuación puntual de los inspectores médicos del INSS, en la medida en que tienen competencias para el alta médica” Actuación que viene facilitada por la información recibida por el INSS desde el mismo momento en que se expide la baja médica, así como por el acceso telemático de toda la información clínica del trabajador<sup>20</sup>. Con ello, en caso de expedirse el alta médica por los inspectores del INSS, a partir de dicho momento, se encargan del proceso ya que son ellos los que únicamente, durante los 180 días siguientes, pueden emitir partes de baja por la misma o similar patología.

Junto a este sistema de control, se mantiene el doble informe:

- El informe médico complementario por el propio facultativo pero sólo para los procesos de duración superior a 30 días naturales<sup>21</sup>, en los que, en el segundo parte de confirmación de la baja irá acompañado del informe médico complementario en el que se indiquen las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la

---

<sup>17</sup> A lo más se autoriza que el trabajador solicite un reconocimiento médico el día en se hay fijado el alta, en el que el facultativo en caso de que no se hubiese cumplido el pronóstico de recuperación de la capacidad laboral, pudiera emitir un parte de confirmación de baja.

<sup>18</sup> Vid. FERNÁNDEZ ORRICO, FJ., “Gestión y control de la incapacidad temporal tras el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio,” BIB 2014\3564, REDT N° 168/2014, p. 5.

<sup>19</sup> En este sentido también, PAREDES RODRÍGUEZ, JM “Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre. La culminación de un nuevo modelo de incapacidad temporal” *Aranzadi Social*, núm. 21, 2010 (BIB2010/252), p. 3

<sup>20</sup> Así lo indicó TORTUERO PLAZA, J.L. en “La nueva regulación de la IT: puntos críticos y alcance del RD 625/2014, de 18 de julio”, Ponencia dictada en Foro Aranzadi de Málaga, en 2015, p. 15 y ss. También respecto de la “presión y control”, vid. GARCÍA QUIÑONES, JC y MORENO ROMERO, F, en “La regulación de la incapacidad temporal como factor dinamizador de las relaciones laborales: la experiencia española”, *Rev. Direito Brasileiro*, vol. 2015, p- 298.

<sup>21</sup> También en los procesos previstos de duración menor a 30 días pero que sobrepasen el período estimado en caso de modificación de las condiciones de salud del trabajador.

capacidad funcional del interesado; informe que se actualizarán cada dos partes de confirmación posteriores..

- El informe de control trimestral por parte de la inspección médica del SPS<sup>22</sup> en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal del trabajador.

### *2.3 Protocolos de tiempos óptimos de IT.*

El art. 2.2 del RD 625/2014, siguiendo en cierto modo al art. 3.2 del RD 575/1997, indica que con el fin de que las actuaciones médicas cuenten con el mayor respaldo técnico se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones tablas de duración óptima tipificadas por los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de aquellos procesos en las distintas actividades laborales.

Esto es, se ha adoptado un protocolo de tiempos óptimos para que los médicos del SPS los tengan en cuenta respecto de la duración de los procesos de IT<sup>23</sup>. En dicho protocolo se indica que el tiempo estándar es “el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado la incapacidad para el trabajo habitual, utilizando técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador”. De partida, el concepto ya acarrea un problema la demora en la asistencia sanitaria en nuestro Estado, tras los recortes de los últimos años, y salvo los supuestos de urgencia vital, es relativamente alta. Aunque no se tiene en cuenta todas las variables para la consecución del tiempo óptimo de baja, se aplican coeficientes según la ocupación y la edad del trabajador. Algo es algo, pero es insuficiente ya que el catálogo de grupos profesionales que tiene es muy amplio y el factor de corrección de la edad no tiene en cuenta los antecedentes clínicos de cada trabajador. Por ello, aunque puede considerarse un avance en la medida en que puede ser una herramienta interesante y francamente útil para los facultativos<sup>24</sup>, ha de recordarse como dice el aforismo médico, que no existen enfermedades sino enfermos ya que “cada individuo es un caso único y generalmente irrepetible que va a requerir un tratamiento interpretativo único. El propio interesado, dependiendo de su actitud y de su incentivación hacia el trabajo, podrá «superar», mejor o peor, su enfermedad.”<sup>25</sup>

Abundando en esta cuestión, lo cierto es que muchos diagnósticos se hacen por pura experiencia y anamnesis sin poder realizar pruebas complementarias que confirmen la

---

<sup>22</sup> Se ha dicho que a pesar de ser la intención buena este período tan corto puede producir la “trivialización” del informe de control por burocratización, indicando que “la misión genuina inspectora debería darse en supuesto excepcionales” relacionadas con el fraude o con las prolongaciones de bajas sin causa, nuevamente, FERNÁNDEZ ORRICO, FJ, op. cit., p. 9.

<sup>23</sup> <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf>

<sup>24</sup> O dicho de otro modo, “Ciertamente, en estos casos, la pura objetivación es difícil, porque como hemos dicho, es importante la influencia que los elementos subjetivos tiene en el efecto reductor que sobre la capacidad de trabajo de un sujeto, tiene cada dolencia. Pero, salvados estos obstáculos, el establecimiento de estas tablas, significa un paso adelante en la lucha contra la posible simulación de dolencias causantes de la incapacidad”, como indica, JOVER RAMÍREZ, C, en *La incapacidad temporal para el trabajo. Aspectos laborales y de Seguridad Social*, op. cit., 457.

<sup>25</sup> Como se indica en la *Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, op. cit., p- 24

posible enfermedad por la tardanza de las mismas en muchas ocasiones, por lo cual la confirmación de una enfermedad podría tardar meses. Ha de tenerse en cuenta que los médicos de familia no son especialistas en medicina del trabajo, ni tampoco la mayoría de los médicos del EVI y de las MCSS. Junto con ello, muchas de las enfermedades para su diagnóstico certero exigen del conocimiento por un especialista y lo que no puede permitirse es que en el SPS la derivación a un especialista para la confirmación del diagnóstico de la sospecha de una enfermedad detectada por el médico de familia pueda demorarse varios meses, ahí es donde está el problema real más que en el absentismo o la simulación<sup>26</sup>. Los recortes económicos en los presupuestos de asistencia sanitaria impiden el ejercicio del mismo en tiempo certeros y cercanos. Si se recorta en asistencia sanitaria no puede echarse la culpa del absentismo al fraude de los trabajadores que quieren mantenerse más tiempo de baja, sino en el propio fracaso del sistema que alarga las bajas por falta de medios para atender de forma adecuada a los trabajadores enfermos.

#### 2.4 La propuesta de alta y su impugnación

La regla general, y lógica, es que las altas sean dadas por el facultativo del SPS o de la MCSS que atendió al trabajador. Pero la desconfianza hace los médicos del SPS han hecho que el sistema de gestión esté controlado de forma absoluta por el INSS y su equipo médico, como se dijo anteriormente, ya no solo en los supuestos en los que los procesos duren más de 365 días, en los que los únicos que tienen atribuidas competencias es la inspección médica del INSS, sino también en los procesos de IT de duración inferior a 365 días (ex art. 170 LGSS y RD 625/2014). Lo más curioso de todo es que la mayoría de los médicos que intervienen en todos estos procesos de control no son especialistas en medicina del trabajo, y alguno de ellos pueden verse movidos por criterios de “cumplimiento de objetivos” o “criterios economicistas” antes que por la defensa de derecho a la protección de la salud del beneficiario de la prestación de IT.

En muchas ocasiones, los trabajadores que se sienten enfermos o lesionados, y no suficientemente recuperados para incorporarse a sus puestos de trabajo, se oponen, por estar en desacuerdo, a las altas médicas emitidas, independientemente por quien sean dadas.

Salvo el supuesto general de reclamación previa, el sistema establecido para la impugnación de altas médicas en vía administrativa es complejo, y con plazos tan cortos que impiden una correcta defensa, produciendo inseguridad jurídica<sup>27</sup>. En su momento fueron regulados tanto los procesos referidos a las impugnaciones de altas por la Inspección Médica del INSS al llegar a los 365 de proceso de IT, como los procesos de impugnación las altas por las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social y empresas colaboradoras respecto de IT por contingencias profesionales, antes de los 365 días de proceso por el RD 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 de incapacidad temporal<sup>28</sup>. La inmensa

---

<sup>26</sup> Incluso es posible que la petición de cita para su médico de familia para su atención pueda demorarse hasta varios días, por lo cual le sería difícil justificar su posible incapacidad temporal desde el primer día.

<sup>27</sup> Vid. LÓPEZ INSUA, BM, *La incapacidad temporal en el sistema de Seguridad Social*, op. cit., p. 354

<sup>28</sup> Sobre el tema, in extenso, vid. OLARTE ENCABO, S. en “Control y gestión de la incapacidad temporal. Análisis crítico del marco jurídico-positivo vigente: el complejo equilibrio entre eficiencia y garantismo”, *Aranzadi Social*, 20, 2011, p. 6 y ss.

mayoría de estas impugnaciones de alta médica terminan en la confirmación del alta e incluso, respecto de las impugnación de las altas por contingencias profesionales dadas por las mutuas, como “prestaciones económicas indebidamente percibidas” lo cual es sin duda una forma de evitar las impugnaciones de forma inapropiada y no ajustada a Derecho<sup>29</sup>. Pero aunque tras las mismas cabría acceder a los juzgados de lo social (con el coste económico que ello conlleva para el trabajador ya que para tener éxito en este tipo de procesos lo suyo es estar representado letrado o graduado social y llevar a un perito médico que confirme las dolencias padecidas, profesionales que han de ser abonados por el propio recurrente), las sentencias que se puedan obtener muchos meses, o incluso años después, y que den la razón al trabajador declarando el alta indebida, no servirán para nada. Me explico. Si al trabajador le dan un alta y este la recurre como indebida ha de incorporarse al puesto de trabajo ya que la no incorporación puede entenderse como dimisión o cese voluntario. La sentencia que le de la razón y declare el alta como indebida es de difícil ejecución ya que si se le solicita la prestación de IT al INSS este la denegará por haber realizado un trabajo incompatible. Además, los salarios son más altos que la prestación, por lo que la ejecución incluso podría perjudicar a quien ha obtenido el triunfo en el pleito. Sería necesario, en mi opinión, en estos casos articular un sistema para reparar daños y perjuicios de forma automática sin acudir a otro pleito de resultado incierto: los perjuicios que más fácilmente podrían cuantificarse podrían ser los gastos judiciales, pero ¿cómo se cuantifica el dolor o sufrimiento por haber ido a trabajar si tener una capacidad real para ello? Además tendrían que articularse medidas concretas en el ámbito sancionador disciplinario administrativo (ya que el penal es casi imposible que prospere) para los médicos que han actuado incorrectamente al dar un alta indebida, pero realmente, ¿qué Administración va a sancionar a un médico que adopta unos criterios que la benefician económicamente al haber ahorrado en prestaciones?.

Todo ello crea un problema adicional, ya que en aplicación del art. 25.1 LPRL segundo párrafo, se establece como obligación empresarial que “Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.” Ello supone poner en el ámbito del empresario un problema importante: si el trabajador comunica su situación de incapacidad al empresario y éste no puede adaptarle el puesto de trabajo a la capacidad residual que tiene, en caso de accidente de trabajo, podría ser responsable e incluso con un recargo de prestaciones, si se determinara que el accidente está causado por haber empleado al trabajador en un puesto que contrajera peligro para el o para otros.

### *2.5 Propuesta de alta por incomparecencia*

Finalmente, nos encontramos que la falta de asistencia del trabajador a los reconocimientos médicos, al control sanitario, puede llevar consigo, en un primer lugar, la suspensión cautelar por incomparecencia ante el INSS o los médicos de la mutua, ex art. 175.3 LGSS y, seguidamente, en relación con el art. 174. LGSS la posible extinción

---

<sup>29</sup> Vid, nuevamente, TORTUERO PLAZA, J.L. en “La nueva regulación de la IT: puntos críticos y alcance del RD 625/2014, de 18 de julio”, cit. p. 12.

de la situación de IT ya que entiende como causa de extinción del derecho “la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al INSS o a la MCSS. Con esto se le da un papel importante a los servicios médicos de las mutuas en el control de las situaciones de IT por contingencias comunes, que ellas gestionan económicamente pero no tienen asignada la gestión médica sobre las mismas pues corresponde al SPS<sup>30</sup>.

La interpretación de ambos preceptos, para dar coherencia, supone que cualquier incomparecencia para examen y reconocimiento médico produce la “suspensión cautelar del derecho” y comprobada si la incomparecencia fue o no justificada, se producen diversos efectos: si fue justificada (y el trabajador continúa impedido y cono necesidad de asistencia sanitaria) se continuará percibiendo la prestación. Si se entiende que fue injustificada, en aplicación del art. 174 LGSS supondría la extinción del derecho.

Estas propuestas de alta dan lugar a varios problemas ya que si se extingue el derecho por la incomparecencia “a secas” es posible que el trabajador aún no esté curado y por lo tanto no pueda realizar su trabajo, por lo que la incorporación daría lugar a nuevos problemas para el empresario en aplicación de la LPRL como anteriormente se apuntó y la no incorporación podría entenderse como dimisión o cese voluntario. En mi opinión se podría haber establecido otra sanción intermedia, por ejemplo, pérdida de tantos días de prestación como mediase entre la fecha de la comparecencia y la fecha real de asistencia o algo parecido.

En cualquier caso, si no se justifica la incomparecencia en el plazo de 10 días hábiles desde la fecha en que estaba citado el trabajador a comparecencia a reconocimiento médico el art. 9.6 RD 625/2014 abre una doble vía: la extintiva del derecho a la prestación que la lleva a cabo el director provincial del INSS o del ISM y la posible alta médica por incomparecencia realizada por el inspector médico que en tal caso solo podría hacerse en caso de que el trabajador que no ha comparecido ya estuviese curado, ya que de no ser así podría entenderse como un acto de prevaricación, ex art. 404 CP, por dicho inspector médico<sup>31</sup>.

Para rematar esta cuestión el art. 25.2 LISOS, como infracción grave recoge el “no comparecer, salvo causa justificada, a los reconocimientos médicos ordenados por las entidades gestoras o colaboradoras, en los supuestos así establecidos, así como no presentar ante las mismas los antecedentes, justificantes o datos que no obren en la entidad, cuando a ello sean requeridos y afecten al derecho a la continuidad en la percepción de la prestación”, llevando aparejada la sanción de extinción de la prestación. Esto enlaza con lo que anteriormente mantuvimos de que las modificaciones en el procedimiento de control y gestión están pensando en que el único culpable es el trabajador, en la criminalización de su conducta (en el sentido de la segunda acepción de crimen de la RAE).

---

<sup>30</sup> Ha de recordarse que según el TS más que ante el ejercicio de una potestad sancionadora estamos ante un típico acto de gestión económica que puede ejercer no solo el INSS sino también la mutua, SSTS 13-12-2007 (RJ 1273), 18-2-2009 (RJ 2575) y 15-4-2010 (RJ 4657).

<sup>31</sup> Vid. TORTUERO PLAZA, JL, en “La nueva regulación de la IT: puntos críticos y alcance del RD 625/2014, de 18 de julio”, cit. p. 10. entiende que este párrafo del art. 9.6 del RD 625/2014 referido a las altas por parte de la inspección médica “es inoportuno y carece de habilitación legal”.