

III. OTRAS DISPOSICIONES

CORTES GENERALES

10238 *Resolución de 10 de junio de 2014, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización sobre la gestión y control de la incapacidad temporal por las Entidades del Sistema de la Seguridad Social.*

La Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en su sesión del día 10 de junio de 2014, a la vista del Informe remitido por ese Alto Tribunal acerca del Informe de fiscalización sobre la gestión y control de la incapacidad temporal por las Entidades del Sistema de la Seguridad Social:

ACUERDA

Instar al Ministerio de Empleo y Seguridad Social a:

1. Adoptar las medidas necesarias para que las comunicaciones entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina, relativas a los reconocimientos médicos que deben realizarse a trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, se efectúen a través de la aplicación ATRIUM Pros@ que gestiona el Instituto Nacional de la Seguridad Social; así como las medidas oportunas para que, en coordinación con los Servicios Públicos de Salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, los partes de baja incluyan un apartado donde los facultativos de atención primaria, en los casos de recaída, pudieran anotar la fecha de baja del proceso anterior. A tal objeto, se deberá incorporar a los objetivos de los Convenios de Incapacidad Temporal el que las Comunidades Autónomas transmitan partes de confirmación de todos los trabajadores del sistema y, adaptar el protocolo de comunicación de los Servicios Públicos de Salud, para que envíen relleno obligatoriamente el campo de recaída y la fecha de baja del proceso de la Incapacidad Temporal inicial, de la que deriva la recaída.

2. Impulsar la creación de una base de datos de partes médicos debidamente consolidada y conjunta con la información de que disponen las entidades del sistema de la Seguridad Social, con objeto de que los agentes con competencias en estos procesos puedan compartir la información existente, evitar los errores y deficiencias en la transmisión de los datos y, en definitiva, lograr un control más eficiente en la gestión de los procesos de incapacidad temporal.

3. Impulsar las medidas oportunas para que las Mutuas puedan dispensar la asistencia sanitaria asociada a los procesos de IT derivados de contingencias comunes, utilizando el personal e instalaciones asistenciales adscritos a las entidades para la prestación derivada de contingencias profesionales y en la medida que permita su nivel de aprovechamiento.

4. Integrar y transferir dentro del aplicativo Q+, todos los datos del aplicativo INCA, al objeto de permitir a las entidades del sistema compartir la información existente sobre la prestación de incapacidad temporal. De esta forma, así como existe la posibilidad, por parte de todas las entidades del sistema de hacer preguntas sobre pensiones, existirá esta posibilidad también para la incapacidad temporal. Esta nueva herramienta permitirá que la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social realice funciones de dirección y tutela sobre todas las mutuas de forma directa, y pueda solicitar en la medida que lo necesite, las preguntas que sean necesarias para el seguimiento estadístico o de la gestión de las mutuas.

5. Promover, por parte del órgano de dirección y tutela de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y las Empresas

autorizadas para colaborar voluntariamente en la gestión de la Seguridad Social, la mejora de los niveles de seguridad jurídica de los beneficiarios incurso en procesos de incapacidad temporal gestionados por aquéllas. A tales fines, en los procesos derivados de contingencias comunes, el órgano de dirección y tutela adoptará las medidas necesarias para que las actuaciones sanitarias que aquéllas puedan desarrollar cuenten con la autorización del Servicio Público de Salud, al objeto de que se correspondan con los diagnósticos y tratamientos establecidos por el facultativo responsable y, en todo caso, requerirán el consentimiento del beneficiario, como titular del derecho a su integridad física.

Asimismo, el órgano de dirección y tutela adoptará las medidas necesarias para homogeneizar el contenido de los acuerdos que adopten las Entidades Colaboradoras en los procesos que gestionan, que deberán incorporar motivación suficiente y el resto de garantías jurídicas.

6. Impulsar, tal y como recomienda el Tribunal de Cuentas, la creación de una base de datos de partes médicos debidamente consolidada y conjunta con la información de que disponen las entidades del sistema de la Seguridad Social, para lograr un control más eficiente en la gestión de los procesos de incapacidad temporal.

7. Adoptar las medidas necesarias, incorporando medios técnicos y humanos, para mejorar la coordinación y la comunicación entre las diferentes entidades del Sistema de la Seguridad Social que participan en el proceso de incapacidad temporal y así poder corregir los defectos o errores de validación detectados en el informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas.

8. Reclamar, una vez verificado, cualquier ingreso, prestación o deducción indebida que, como consecuencia de un proceso de incapacidad temporal, se haya podido producir y no se haya reclamado.

9. Impulsar las modificaciones legislativas oportunas para hacer efectiva la recomendación octava realizada en el Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo, aprobado en el Pleno del Congreso de los Diputados el 25 de enero de 2011, por la que se defendía la mejora de la eficacia y el mayor control de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, sin menoscabo de su naturaleza jurídica. Tampoco debe suponer una delegación en las Mutuas de las funciones que desempeñan los servicios públicos, especialmente de los servicios públicos de salud. Asimismo las modificaciones legislativas que se lleven a cabo deben buscar el equilibrio entre los objetivos de eficacia en el control del gasto y la defensa del derecho del trabajador. Se debe evitar cualquier medida que pueda dar lugar a situaciones de indefensión de los trabajadores y de riesgo de vulneración de sus derechos como pacientes.

10. Adoptar, conjuntamente con los Servicios Públicos de Salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, las medidas oportunas respecto a que los partes de baja incluyan un apartado donde los facultativos de atención primaria, en los casos de recaída, pudieran anotar la fecha de baja del proceso anterior, dado que son ellos los que efectúan el reconocimiento médico del trabajador y los que disponen de los antecedentes médicos que permiten determinar si se trata de un nuevo proceso, evolución de otro anterior.

Instar al Instituto Nacional de la Seguridad Social para que proceda a:

11. Solicitar a la Tesorería General de la Seguridad Social, mensualmente, la totalidad de las deducciones practicadas por sus empresas aseguradas en los documentos de cotización para poder detectar las deducciones no asociadas a ningún proceso de incapacidad temporal, así como las deducciones indebidas practicadas por las empresas que actualmente no están sometidas al control automatizado.

12. Establecer un protocolo de comunicación con las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que permita a la Entidad Gestora disponer de la información completa de los procesos con independencia del momento temporal en que se encuentren.

13. Tomar las medidas oportunas para mejorar la gestión del pago delegado de las prestaciones de incapacidad temporal y el control sobre los procesos de incapacidad temporal y las deducciones practicadas por las empresas.

14. Modificar los mecanismos de control existentes en la actualidad en relación a las deducciones por pago delegado, de forma que se eliminara el riesgo de que un elevado número de deducciones quede fuera de los filtros automáticos establecidos por esta entidad gestora, con el consiguiente perjuicio a los fondos públicos de la Seguridad Social.

15. Actualizar la norma interna que regula el procedimiento de control del pago delegado y realizar el seguimiento de los resultados de las comunicaciones efectuadas a sus Direcciones Provinciales respecto a las diferencias detectadas en el cruce informático con la base de recaudación de la Tesorería de la Seguridad Social.

Instar a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social a:

16. Que proceda a impulsar las modificaciones oportunas de la normativa vigente en relación con el ingreso de los excedentes de la gestión derivados de la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal, de forma que estos excedentes sean ingresados en una cuenta corriente a disposición de la Tesorería General de la Seguridad Social en cada ejercicio.

Instar a la Tesorería General de la Seguridad Social a:

17. En base a la información que le remita el Instituto Nacional de la Seguridad Social, evitar que se realicen compensaciones improcedentes en régimen de pago delegado en el momento de efectuarse las liquidaciones de cuotas, impedir la consignación de estas compensaciones si no existen procesos de baja asociados, rechazar las compensaciones en procesos de duración inferior a 15 días o sin periodo de carencia e impedir practicar deducciones una vez finalizado el proceso de incapacidad temporal que las ampara.

18. Establecer, tal y como recomienda el Tribunal de Cuentas, los controles informáticos adecuados sobre las deducciones de incapacidad temporal en la recepción de los documentos de cotización a través del servicio que permite el intercambio de información y documentos entre la Tesorería General y los usuarios a través de Internet (Sistema RED), de forma que se impida la consignación de estas deducciones si no existen procesos de baja asociados e impida practicar deducciones una vez finalizado el proceso de incapacidad temporal que las ampara o por cuantías que excedan los límites legalmente establecidos.

Palacio del Congreso de los Diputados, 10 de junio de 2014.–El Presidente de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, Ricardo Tarno Blanco.–La Secretaria Primera de la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, Celia Alberto Pérez.

INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LA GESTIÓN Y CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR LAS ENTIDADES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El Pleno del Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de su función fiscalizadora establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, y a tenor de lo dispuesto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado en sesión de 27 de marzo de 2014, el Informe de Fiscalización sobre la gestión y control de la incapacidad temporal por las entidades del sistema de la Seguridad Social, y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, según lo prevenido en el artículo 28.4 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.

- I.1 Iniciativa del procedimiento.
- I.2 Objetivos y alcance de la fiscalización.
- I.3 Normativa aplicable.
- I.4 Trámite de alegaciones.

II. LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

- II.1 Situaciones que originan la incapacidad temporal. Tipos de contingencias.
- II.2 La prestación económica de incapacidad temporal.
 - II.2.1 Elementos determinantes de la prestación económica de incapacidad temporal.
 - II.2.2 El pago de la prestación económica de incapacidad temporal.

III. GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PARTES MÉDICOS DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

- III.1 Consideraciones generales.
- III.2 Partes médicos transmitidos por los Servicios Públicos de Salud e INGESA.
- III.3 Consolidación de procesos de incapacidad temporal.
- III.4 Análisis del cumplimiento de la transmisión de partes médicos.
 - III.4.1 Ausencia de partes a remitir por las empresas.
 - III.4.2 Ausencia de partes a remitir por los Servicios Públicos de Salud.

IV. GESTIÓN Y CONTROL DE LAS ENTIDADES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

- IV.1 Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
 - IV.1.1 Gestión y control del pago delegado de las prestaciones de incapacidad temporal por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
 - IV.1.2 Gestión y control del pago directo de las prestaciones de incapacidad temporal a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social.
 - IV.1.3 Gestión y control de los procesos de incapacidad temporal de duración superior a 365 días.
- IV.2 Instituto Social de la Marina.
 - IV.2.1 Reconocimientos médicos en los procesos incapacidad temporal del colectivo integrado en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.
 - IV.2.2 Gestión y control del pago delegado de las prestaciones de incapacidad temporal por el Instituto Social de la Marina.
 - IV.2.3 Gestión y control del pago directo de las prestaciones de incapacidad temporal del Instituto Social de la Marina.
- IV.3 Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).
 - IV.3.1 Procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.
 - IV.3.2 Procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
 - IV.3.3 Prestaciones de incapacidad temporal satisfechas mediante pago delegado.
 - IV.3.4 Prestaciones de incapacidad temporal satisfechas mediante pago directo.

IV.4 Colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal.

IV.4.1 Tipos de empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal.

IV.4.2 Controles sobre las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal.

V. CONVENIOS DE COLABORACIÓN PARA EL CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

V.1 Convenios generales de colaboración con las Comunidades Autónomas.

V.1.1 Objetivo A: Informatización y transmisión por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social de los partes de incapacidad temporal en plazo y con código de diagnóstico.

V.1.2 Objetivo B: Emisión desde el Sistema Público de Salud de los informes médicos individualizados sobre procesos de incapacidad temporal, establecidos reglamentariamente y aplicación de duraciones estándar.

V.1.3 Objetivo C: Gestión de propuestas de alta y de intenciones de alta y gestión de disconformidades.

V.1.4 Objetivo D: Formación e información.

V.1.5 Objetivo E: Otras actividades.

V.1.6 Objetivo F: Indicador coste/afiliado/mes.

V.1.7 Objetivo G: Otros indicadores.

V.1.8 Otras incidencias derivadas de la ejecución de los convenios de colaboración.

V.2 Convenios de colaboración específicos formalizados con la Comunidad Foral de Navarra y del País Vasco.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

VI.1 Conclusiones.

VI.1.1 Conclusiones relativas a la gestión y control de los partes médicos de procesos de incapacidad temporal.

VI.1.2 Conclusiones relativas a la gestión y control del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre la incapacidad temporal.

VI.1.3 Conclusiones relativas a la gestión y control del Instituto Social de la Marina sobre la incapacidad temporal.

VI.1.4 Conclusiones relativas a la gestión y control de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social sobre la incapacidad temporal.

VI.1.5 Conclusiones relativas a la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal.

VI.1.6 Conclusiones relativas a los convenios de colaboración para el control de la incapacidad temporal.

VI.2 Recomendaciones.

VI.2.1 Dirigidas al Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

VI.2.2 Dirigida a la Tesorería General de la Seguridad Social.

VI.2.3 Dirigidas al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

VI.2.4 Dirigidas al Instituto Social de la Marina.

VI.2.5 Dirigida a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

VI.2.6 Dirigidas a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

ANEXOS .

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

CAISS	Centro de Atención e Información de la Seguridad Social.
CC.AA.	Comunidades Autónomas.
CCC	Código de Cuenta de Cotización.
DGOSS	Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
DP	Dirección Provincial.
EVI	Equipo/s de Valoración de Incapacidades.
ICAMS	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries.
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social.
IPC	Índice de Precios al Consumo.
IT	Incapacidad temporal.
ISM	Instituto Social de la Marina.
MATEPSS	Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
NAF	Número de Afiliación a la Seguridad Social.
SEPE	Servicio Público de Empleo Estatal.
SPS	Servicio/s Público/s de Salud.
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social.
TRLGSS	Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

I. INTRODUCCIÓN

I.1 Iniciativa del procedimiento

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones asignadas por la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, y por Acuerdo de su Pleno de 26 de enero de 2012, por el que se aprobó el «Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2012», ha realizado, a iniciativa propia, la «Fiscalización sobre la gestión y control de la Incapacidad Temporal por las entidades del sistema de Seguridad Social».

I.2 Objetivos y alcance de la fiscalización

De acuerdo con las Directrices Técnicas aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 23 de febrero de 2012, en la presente fiscalización han sido objeto de revisión y análisis los procedimientos de gestión y control sobre la incapacidad temporal aplicados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), por el Instituto Social de la Marina (ISM) y por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), así como los procedimientos de intercambio de información, vigentes en el ejercicio 2011¹, entre las entidades del sistema de la Seguridad Social, los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)².

En particular, los objetivos de esta fiscalización han sido los siguientes:

a) Analizar las actuaciones de control y verificación efectuadas por las entidades del sistema de la Seguridad Social sobre las compensaciones que realizan las empresas por pago delegado, correspondientes a la prestación económica de incapacidad temporal.

b) Verificar los controles que tienen establecidos el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina para la gestión de la incapacidad temporal.

c) Verificar la gestión de los convenios y protocolos de actuaciones formalizados entre el anterior Ministerio de Trabajo e Inmigración y las Comunidades Autónomas para el control de la incapacidad temporal, y analizar la gestión y coordinación entre las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina con los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas, y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria respecto al control de la incapacidad temporal.

d) Verificar las actuaciones de control realizadas por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social para la gestión de la incapacidad temporal.

e) Asimismo, se han abordado las cuestiones relacionadas con las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de igualdad efectiva de Mujeres y Hombres.

Para el cumplimiento de estos objetivos se han utilizado los procedimientos habituales previstos para el análisis de las diferentes áreas de fiscalización, que han quedado plasmados en los correspondientes programas de trabajo, dirigidos a la obtención de evidencias sobre los controles aplicados en la gestión de la incapacidad temporal.

La obtención de los datos, comprobaciones y verificaciones se ha realizado en los organismos, órganos o unidades que intervienen en los procedimientos señalados anteriormente, a través de la revisión de toda la documentación de utilidad (bases de datos, estados contables, registros, informes, expedientes, actas, etc.) y de entrevistas con los responsables de la ejecución de las funciones relativas a la gestión de la incapacidad temporal.

Los órganos y entidades en los que se han realizado las actuaciones fiscalizadoras fueron los siguientes:

— Los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y las Direcciones Provinciales de éste en Barcelona, Madrid, Navarra y Cantabria, debido tanto al volumen de recursos que gestionaron

¹ Esta fiscalización se refiere a las actuaciones realizadas por estas entidades durante el ejercicio 2011, sin perjuicio de que se han empleado los datos de ejercicios anteriores o posteriores que se han considerado oportunos para el cumplimiento de los objetivos fijados en la fiscalización.

² Quedan excluidos los procedimientos de gestión y control sobre los procesos de incapacidad temporal de las personas incluidas en los Regímenes del Mutualismo Administrativo.

como a su ubicación territorial coincidente con los servicios centrales de las Mutuas que fueron objeto de fiscalización.

— Los Servicios Centrales del Instituto Social de la Marina y las Direcciones Provinciales de éste en Madrid y Santander.

— La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS).

— La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS).

— El Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).

— Las sedes centrales de la Mutua Montañesa (Mutua número 7), con domicilio en Santander; Mutua Navarra (Mutua número 21), con domicilio en Pamplona; Mutua Asepeyo (Mutua número 151), con domicilio en Barcelona; y Mutua Fraternidad-Muprespa (Mutua número 275) con domicilio en Madrid; que fueron seleccionadas debido a la importancia cuantitativa que representan en el conjunto de Mutuas y sus procedimientos especiales.

I.3 Normativa aplicable

Además de la legislación de carácter general aplicable a las Administraciones públicas (entre otras, la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria; la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público; el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público; y la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones), el marco normativo aplicable a la gestión de la incapacidad temporal está constituido, entre otras, por las siguientes disposiciones:

— Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS).

— Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

— Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.

— Ley 18/2007, de 4 de julio, por la que se procede a la integración de los Trabajadores por Cuenta Propia del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

— Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.

— Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos.

— Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social.

— Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y condiciones para el derecho a las mismas.

— Decreto 1646/1972, de 23 de junio, para la aplicación de la Ley 24/1972, de 21 de junio, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social.

— Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

— Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, modificado por los Reales Decretos 428/2004, 38/2010 y 1622/2011.

— 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.

— Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

— 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 de incapacidad temporal.

— Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

— 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.

— 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.

— Orden de 15 de noviembre de 1975, por la que se determina la base reguladora de las prestaciones económicas por incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional, derivadas de enfermedad común o accidente no laboral, para los trabajadores de los grupos II y III del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

— Orden de 6 de abril de 1983, por la que se dictan normas a efectos de control de la situación de Incapacidad Laboral Transitoria en el sistema de la Seguridad Social.

— Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.

— Orden TAS/399/2004, de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal.

— Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

— Orden ESS/484/2013, de 26 de marzo, por la que se regula el sistema de remisión electrónica de datos en el ámbito de la Seguridad Social.

1.4 Trámite de alegaciones

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 44.1 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, el Anteproyecto de Informe de esta Fiscalización fue remitido, el 28 de noviembre de 2013, a la titular del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a la titular de la Secretaría de Estado de Empleo, al titular de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, a los responsables de las Direcciones Generales del Servicio Público de Empleo Estatal, de Ordenación de la Seguridad Social, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina y de la Tesorería General de la Seguridad Social, con responsabilidades en la gestión de la prestación de incapacidad temporal. Asimismo, el Anteproyecto de Informe se remitió a los titulares de las Consejerías de todas las Comunidades Autónomas e INGESA competentes en la gestión de la incapacidad temporal, y a los responsables de las MATEPSS, para que alegasen y presentasen los documentos y justificantes que considerasen convenientes.

Con la misma finalidad, también se ha dado traslado del Anteproyecto de Informe al anterior titular del extinto Ministerio de Trabajo e Inmigración, así como a los anteriores responsables de las Secretarías de Estado y Direcciones Generales señaladas en el párrafo anterior. Asimismo, el Anteproyecto de Informe se remitió a los anteriores responsables de las Consejerías de todas las Comunidades Autónomas y de las MATEPSS, afectados por el ámbito temporal de esta fiscalización. En definitiva, el Anteproyecto de Informe fue remitido a 75 destinatarios, que se relacionan en el anexo n.º 16.

La Secretaría de Estado de la Seguridad Social y la Dirección General de la Tesorería General de la Seguridad Social solicitaron ampliación del plazo para la formulación de alegaciones, que fue concedida por este Tribunal.

En el plazo legal establecido se han recibido comunicaciones de un total de 40 destinatarios, que se recogen en el mencionado anexo n.º 16, de los cuales 23 señalaron expresamente que no formulan alegaciones.

Se han recibido alegaciones de la Junta de Andalucía fuera del plazo legal concedido, las cuales han sido analizadas pero no se adjuntan a este Informe.

El resto de destinatarios del Anteproyecto de Informe no han remitido alegaciones.

Del análisis de las citadas alegaciones, este Tribunal de Cuentas ha efectuado, en su caso, las oportunas modificaciones en el texto del Informe y, en los casos en que se ha considerado necesario formular algunas consideraciones respecto al contenido de las alegaciones, aquéllas se reflejan mediante notas a pie de página. En todo caso, la totalidad de las alegaciones formuladas (con la excepción de las de la Junta de Andalucía, por haberse recibido fuera de plazo), se adjuntan al presente Informe.

Asimismo, hay que señalar que el resultado definitivo de esta fiscalización es el expresado en los posteriores apartados de este Informe.

II. LA INCAPACIDAD TEMPORAL

II.1 Situaciones que originan la incapacidad temporal. Tipos de contingencias

La situación de incapacidad temporal de un trabajador surge cuando una enfermedad o accidente, sea cual fuere su origen, le impide de forma temporal el desarrollo normal de su trabajo. En esta situación, el trabajador debe estar recibiendo asistencia sanitaria de la Seguridad Social para conseguir su recuperación.

El artículo 45 del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, establece como causa de suspensión de los contratos laborales la situación de incapacidad temporal, en la que el trabajador no devenga ninguna retribución. Para paliar la falta de rentas del trabajador, el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), contempla tanto la situación de incapacidad temporal como las prestaciones que lleva asociadas. En particular, en su artículo 128 define las situaciones determinantes de la incapacidad temporal, que serán las siguientes:

— 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 trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos el trabajador puede ser dado de alta médica por curación.

— 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 seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Por tanto, un trabajador en situación de incapacidad temporal debe de estar impedido para realizar su trabajo y además recibir asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Si el trabajador cumple estas dos condiciones y otras específicas en función del tipo de incapacidad temporal de que se trate (estar afiliado y en alta o asimilado al alta en la Seguridad Social y tener cubierto el periodo mínimo de cotización), tiene derecho a recibir una prestación económica de la Seguridad Social.

El artículo 38.1.c del TRLGSS define el conjunto de prestaciones que forman parte de la acción protectora de la Seguridad Social, entre las que se encuentra la prestación económica de incapacidad temporal, cuya finalidad es suplir la falta de retribuciones de un trabajador que está temporalmente impedido para realizar su trabajo.

El contenido de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, en el ámbito de la incapacidad temporal, es diferente en función del tipo de enfermedad o accidente que padezca el trabajador. Así, de acuerdo con el TRLGSS, existen dos tipos de situación de incapacidad temporal: a) las contingencias profesionales y b) las contingencias comunes.

El TRLGSS define el contenido de lo que se consideran contingencias profesionales en su artículo 115 (accidentes de trabajo) y en el artículo 116 (enfermedades profesionales). Así, de acuerdo con lo dispuesto en el citado artículo 115, se considera accidente de trabajo:

1. Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.
2. Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:
 - a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.
 - b) Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
 - c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
 - d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
 - e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que 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.
 - f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo».

Por su parte, el artículo 116 del TRLGSS define la enfermedad profesional como «la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional». Mediante el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, se aprobó el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecieron los criterios para su notificación y registro.

A diferencia de la enumeración que realiza el TRLGSS de las contingencias profesionales, para la definición de las contingencias comunes no se especifica claramente su contenido (artículo 117), dado que éste se limita a señalar que:

«Se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo 115, no tenga el carácter de accidente de trabajo. Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116».

La calificación de una contingencia de incapacidad temporal como profesional o común tiene significativas connotaciones e implicaciones económicas diferentes, tales como la exigencia o no de un periodo de carencia previo de cotización, el cálculo de la prestación económica sobre bases reguladoras diferentes, distintos porcentajes para calcular las bases reguladoras, diversidad de periodos indemnizables, etc.

En el cuadro 1 siguiente se muestra la incidencia media mensual (calculada como el cociente entre el número de bajas de incapacidad temporal tramitadas durante el período y el número de asegurados activos por cada mil trabajadores), en los ejercicios 2011 y 2012, en las entidades del sistema de la Seguridad Social (INSS, ISM y MATEPSS), diferenciando por contingencias comunes (excepto autónomos y empleados de hogar) y contingencias profesionales.

CUADRO 1

Índice media mensual y número medio mensual de procesos de incapacidad temporal
Ejercicios 2011 y 2012 (*)

Comunidades autónomas	2011				2012			
	Contingencias comunes		Contingencias profesionales		Contingencias comunes		Contingencias profesionales	
	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo
Andalucía	20,67	51.138	4,04	8.574	16,21	40.009	3,30	6.830
Aragón	25,24	11.035	3,31	1.418	20,56	8.838	2,86	1.165
Principado de Asturias	21,30	6.574	4,36	1.339	17,20	5.297	3,49	1.045
Canarias	29,64	18.547	4,10	2.445	23,04	14.201	3,37	1.853
Cantabria	25,62	4.462	3,45	589	19,01	3.326	2,74	459

Comunidades autónomas	2011				2012			
	Contingencias comunes		Contingencias profesionales		Contingencias comunes		Contingencias profesionales	
	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos	Número medio mensual de procesos iniciados en el periodo
Castilla-La Mancha	20,19	11.518	4,08	2.246	14,56	8.020	3,38	1.747
Castilla y León	18,99	13.878	3,41	2.483	15,11	11.009	2,77	1.960
Cataluña	26,63	70.028	3,73	9.338	24,41	63.637	3,13	7.717
Extremadura	15,01	4.853	3,42	955	12,04	3.853	2,90	775
Galicia	18,76	15.162	3,79	3.030	14,25	11.470	3,09	2.428
Illes Balears	25,17	8.641	4,67	1.532	18,86	6.656	3,95	1.308
La Rioja	21,46	2.180	3,77	380	18,12	1.834	2,93	290
Madrid	27,83	68.708	3,28	8.001	21,55	54.029	2,64	6.546
Región de Murcia	21,23	9.340	3,64	1.488	17,77	7.771	2,99	1.206
Navarra	36,52	8.253	3,85	848	30,93	7.000	3,00	641
País Vasco	29,35	22.186	4,20	3.157	22,38	17.237	3,52	2.655
Comunitat Valenciana	16,50	23.379	3,23	4.335	13,57	18.964	2,70	3.528
Ceuta	26,57	457	3,50	60	21,63	382	3,01	51
Melilla	29,60	466	3,68	58	22,28	390	3,04	50
TOTAL	23,60	350.804	3,70	52.274	19,14	283.923	3,05	42.354

(*) Excluidos los procesos correspondientes a los trabajadores de Regímenes Especiales de trabajadores por Cuenta Ajena o Autónomos y del Régimen Especial de Empleados de Hogar.

Fuente: Datos facilitados por el INSS y página web de la Seguridad Social.

Del cuadro anterior se deduce que el índice de media mensual para procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes en el ejercicio 2012 ascendió a 19,14, mientras que para las contingencias profesionales fue tan sólo de 3,05.

Las CC.AA. con una mayor incidencia media mensual para las contingencias comunes en el ejercicio 2012 fueron Navarra (30,93), Cataluña (24,41) y Canarias (23,04), y respecto a las contingencias profesionales, fueron Illes Balears (3,95), País Vasco (3,52) y Principado de Asturias (3,49).

Asimismo, el mencionado cuadro 1 también recoge el número medio mensual de procesos de incapacidad temporal iniciados, acumulados en el mes de diciembre de 2012 (326.277), en el que se observa que 283.923 procesos (el 87,03% del total) corresponden a contingencias comunes y los restantes 42.354 (el 12,97%) a contingencias profesionales.

En función de la entidad del sistema de Seguridad Social que gestiona la incapacidad temporal, el número medio mensual de procesos de incapacidad temporal iniciados durante los ejercicios 2011 y 2012 aparece reflejado en el siguiente cuadro:

CUADRO 2

Número medio mensual de procesos de incapacidad temporal

Ejercicios 2011 y 2012

(Acumulado del mes de diciembre)³

	INSS			ISM		MATEPSS			TOTAL
	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Autónomos y empleados hogar	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Autónomos y empleados hogar	
2011	125.033	1.486	11.480	951	67	224.820	50.722	22.467	437.026
2012	95.738	1.313	8.148	794	63	187.391	40.978	20.788	355.213

Fuente: Datos facilitados por el INSS y página web de la Seguridad Social.

Como se desprende del cuadro anterior, las incidencias medias, para todas las entidades y para todas las contingencias, en el ejercicio 2012 (355.213) fueron un 18,7% inferiores a las del ejercicio anterior (437.026).

Además, del total del número medio mensual de procesos de incapacidad temporal en el ejercicio 2011, 298.009 (el 68,19%) corresponden a procesos de trabajadores protegidos por las MATEPSS, 137.999 (el 31,58%) a trabajadores protegidos por el INSS, y 1.018 (el 0,23% restante) a asegurados del ISM.

En el ejercicio 2012, del total de procesos de incapacidad temporal, 249.157 (el 70,14%) correspondieron a las MATEPSS, 105.199 (el 29,62%) al INSS y 857 (el 0,24%) al ISM, porcentajes que, en comparación con el ejercicio anterior, han aumentado en las MATEPSS y han disminuido en el INSS.

Respecto al tipo de contingencia, en el INSS las contingencias comunes (125.033) representaron un 90,60% del total en el ejercicio 2011 (91,01% en 2012) y las profesionales (1.486) un 1,08% en el ejercicio 2011 (1,25% en 2012), mientras que los procesos de los trabajadores por cuenta propia o autónomos y de empleados de hogar (11.480) representaron el 8,32% en 2011 (7,75% en 2012)⁴.

Por lo que se refiere a las MATEPSS, los procesos de contingencias comunes (224.820) supusieron el 75,44% del total en el ejercicio 2011 (75,21% en 2012), los de contingencias profesionales (50.722) un 17,02% (16,45% en 2012), y los procesos de trabajadores autónomos y empleados de hogar (22.467) un 7,54% (8,34% en el ejercicio 2012).

II.2 La prestación económica de incapacidad temporal

II.2.1 Elementos determinantes de la prestación económica de incapacidad temporal

II.2.1.1 Definición

Las situaciones determinantes de incapacidad temporal, independientemente del tipo de contingencia de que se trate, generan dos tipos de prestaciones de la Seguridad Social: a) una prestación de asistencia sanitaria (artículo 38.1.a. del TRLGSS), y b) otra prestación de índole económica (artículos 38.1.c y 129 y siguientes del TRLGSS).

³ La diferencia entre el número medio de procesos de incapacidad temporal que figura en este cuadro 2 respecto al cuadro 1 se debe a que en éste no aparecen los correspondientes a «Autónomos y empleados hogar», tanto del INSS como de las MATEPSS.

⁴ Desde el 1 de enero de 2012, quedan integrados en el Régimen General de la Seguridad Social los trabajadores por cuenta ajena agrarios incluidos en el «Régimen Especial Agrario», así como los empresarios a los que prestan sus servicios y los trabajadores adscritos al «Régimen Especial de Empleados de Hogar».

En concreto, el artículo 129 del TRLGSS establece que «la prestación económica en las diversas situaciones constitutivas de incapacidad temporal consistirá en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora, que se fijará y se hará efectivo en los términos establecidos en esta Ley y en los Reglamentos generales para su desarrollo».

Los porcentajes aplicables sobre la base reguladora de cada trabajador, de acuerdo con lo dispuesto en la Orden de 13 de octubre de 1967, modificada por el Decreto 1646/1972, de 23 de junio, y por el Real Decreto 53/1980, de 11 de enero, son del 60% y 75% de la base reguladora en función del tipo de contingencia y de los días de baja.

La base reguladora en contingencias comunes es el resultado de dividir el importe de la base de cotización del trabajador del mes anterior al de la fecha de inicio de la situación de incapacidad, por el número de días a que dicha cotización se refiera.

Por lo que se refiere a la base reguladora en las contingencias profesionales, ésta viene determinada por dos magnitudes: a) la base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior al de la baja, sin horas extraordinarias, dividida entre el número de días cotizados, y b) el promedio de horas extraordinarias realizadas en los doce meses anteriores y dividido entre 12 o 365, según la retribución sea mensual o diaria.

II.2.1.2 Beneficiarios

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 130 del TRLGSS, los beneficiarios de la prestación económica de incapacidad temporal son los trabajadores integrados en los Regímenes de la Seguridad Social que se encuentren en cualquiera de las situaciones determinantes de la incapacidad temporal, señaladas anteriormente, siempre que reúnan, además, las siguientes condiciones:

- Estar afiliados y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta, al sobrevenir la contingencia o situación protegida.
- En caso de enfermedad común, que hayan cumplido un período de cotización de ciento ochenta días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante.
- En caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exige ningún período previo de cotización.

El número de contingencias aseguradas por trabajadores protegidos por procesos de incapacidad temporal en los ejercicios 2011 y 2012, clasificados según la entidad aseguradora (INSS, ISM o MATEPSS) es el que figura en el cuadro 3 siguiente:

CUADRO 3

Número de contingencias aseguradas por trabajadores protegidos por procesos de incapacidad temporal

Ejercicios 2011 y 2012

(Acumulado del mes de diciembre)

	INSS			ISM		MATEPSS			TOTAL
	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Autónomos y empleados hogar	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Autónomos y empleados hogar	
2011	5.496.170	687.072	1.039.690	55.936	17.054	9.099.372	13.240.575	2.284.361	31.920.230
2012	5.637.280	918.618	687.959	52.539	16.573	9.026.566	12.945.216	2.308.762	31.592.513

Fuente: Datos facilitados por el INSS y página web de la Seguridad Social.

Como se desprende del cuadro anterior, en el mes de diciembre de 2011 el número de contingencias aseguradas por trabajadores protegidos por el INSS ascendió a 7.222.932, lo que representó el 22,63%

del total. Por su parte, las contingencias aseguradas por trabajadores protegidos por el ISM (72.990) representaron tan sólo el 0,23%, mientras que las contingencias aseguradas por trabajadores protegidos por alguna de las 20 MATEPSS (24.624.308) supusieron el 77,14%. En el ejercicio 2012 los porcentajes señalados fueron muy similares a los del ejercicio anterior, ascendiendo al 22,93% (INSS), 0,22% (ISM), y 76,85% (MATEPSS).

En el cuadro 4 siguiente se muestra la duración media de los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes en los ejercicios 2011 y 2012, clasificada por CC.AA. Tal y cómo se desprende de dicho cuadro, la duración media en el ejercicio 2012 aumentó en todas las CC.AA respecto al 2011, excepto en la Comunidad Autónoma de Cataluña, siendo el incremento medio, a nivel nacional, del 4%.

CUADRO 4

Duración media de la incapacidad temporal por contingencias comunes

Ejercicios 2011 y 2012

(Días)

Comunidad autónoma	Duración media de los procesos con alta en 2011	Duración media de los procesos con alta en 2012	Variación %
Andalucía	37,66	40,21	7%
Aragón	30,91	33,36	8%
Principado de Asturias	45,51	48,51	7%
Canarias	31,39	33,38	6%
Cantabria	38,06	42,51	12%
Castilla-La Mancha	40,31	46,93	16%
Castilla y León	40,06	44,32	11%
Cataluña	32,50	30,29	-7%
Extremadura	46,00	52,20	13%
Galicia	53,17	58,59	10%
Illes Balears	32,91	34,07	4%
La Rioja	32,28	34,25	6%
Madrid	27,28	29,35	8%
Región de Murcia	46,53	48,45	4%
Navarra	24,46	26,00	6%
País Vasco	36,33	38,46	6%
Comunitat Valenciana	50,67	51,00	1%
Ceuta	29,83	32,30	8%
Melilla	28,08	32,13	14%
TOTAL	35,71	37,12	4%

Fuente: Datos facilitados por el INSS y página web de la Seguridad Social.

Relacionando los datos anteriores se observa que, durante el período 2011-2012, el número de trabajadores protegidos disminuyó en un 1,03%; sin embargo, la duración media de los procesos de incapacidad temporal aumentó en un 4%. Esta evolución de los procesos de incapacidad temporal conllevó una disminución del gasto por este concepto del 14,11%.

II.2.1.3 Origen y duración de la prestación económica de incapacidad temporal

El derecho a la prestación económica de incapacidad temporal se origina en el momento en el que el médico perteneciente a los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA, al INGESA o a alguna de las MATEPSS, expide el correspondiente parte médico de baja, en el que justifica, previo reconocimiento médico del trabajador, que éste se encuentra en situación de incapacidad temporal. Este derecho se mantiene en el tiempo mediante la emisión periódica de los partes médicos de confirmación de la baja y finaliza o se extingue, entre otros motivos, mediante la emisión del parte médico de alta.

La situación de incapacidad temporal de un trabajador, una vez que la entidad competente la ha reconocido mediante la expedición de los correspondientes partes de baja, conlleva el derecho a percibir la prestación económica de incapacidad temporal, además de la correspondiente prestación sanitaria.

De acuerdo con 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 en la Seguridad Social, el reconocimiento del derecho a la prestación de incapacidad temporal corresponde:

— Al INSS, al ISM o las MATEPSS, en función de la entidad con la que el empresario hubiere optado para la cobertura de las contingencias. En este sentido hay que indicar que empresario, en el momento de obtener su Código de Cuenta de Cotización (CCC), número de identificación que le asigna la TGSS, elige la entidad gestora o la MATEPSS por la que opta para la cobertura de la incapacidad temporal⁵.

— A las empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal⁶.

Respecto al pago de la prestación económica de incapacidad temporal, el artículo 131 del TRLGSS señala que se abonará de la siguiente manera:

— En caso de enfermedad común o accidente no laboral (contingencia común), la Seguridad Social debe abonar al trabajador esta prestación, pero sólo a partir del decimosexto día de la baja en el trabajo, correspondiendo al propio empresario el pago de aquélla desde los días cuarto al decimoquinto, ambos inclusive.

En el supuesto de empleados de hogar, la prestación por incapacidad temporal se abonará por la Seguridad Social a partir del noveno día de la baja en el trabajo, estando a cargo del empleador el pago de aquélla desde los días cuarto a octavo, ambos inclusive. Para los trabajadores autónomos, a partir del cuarto día de la baja el pago corresponde a la Seguridad Social.

— En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional (contingencia profesional), la Seguridad Social abona esta prestación desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, correspondiendo al propio empresario el pago del salario íntegro relativo al mismo día en que se produce la baja.

Existen tres formas de gestión de la prestación económica de incapacidad temporal en función de la entidad que interviene: a) la realizada por el INSS y por el ISM, b) la realizada por las 20 MATEPSS existentes y c) la realizada por las empresas en régimen de colaboración (obligatoria o voluntaria).

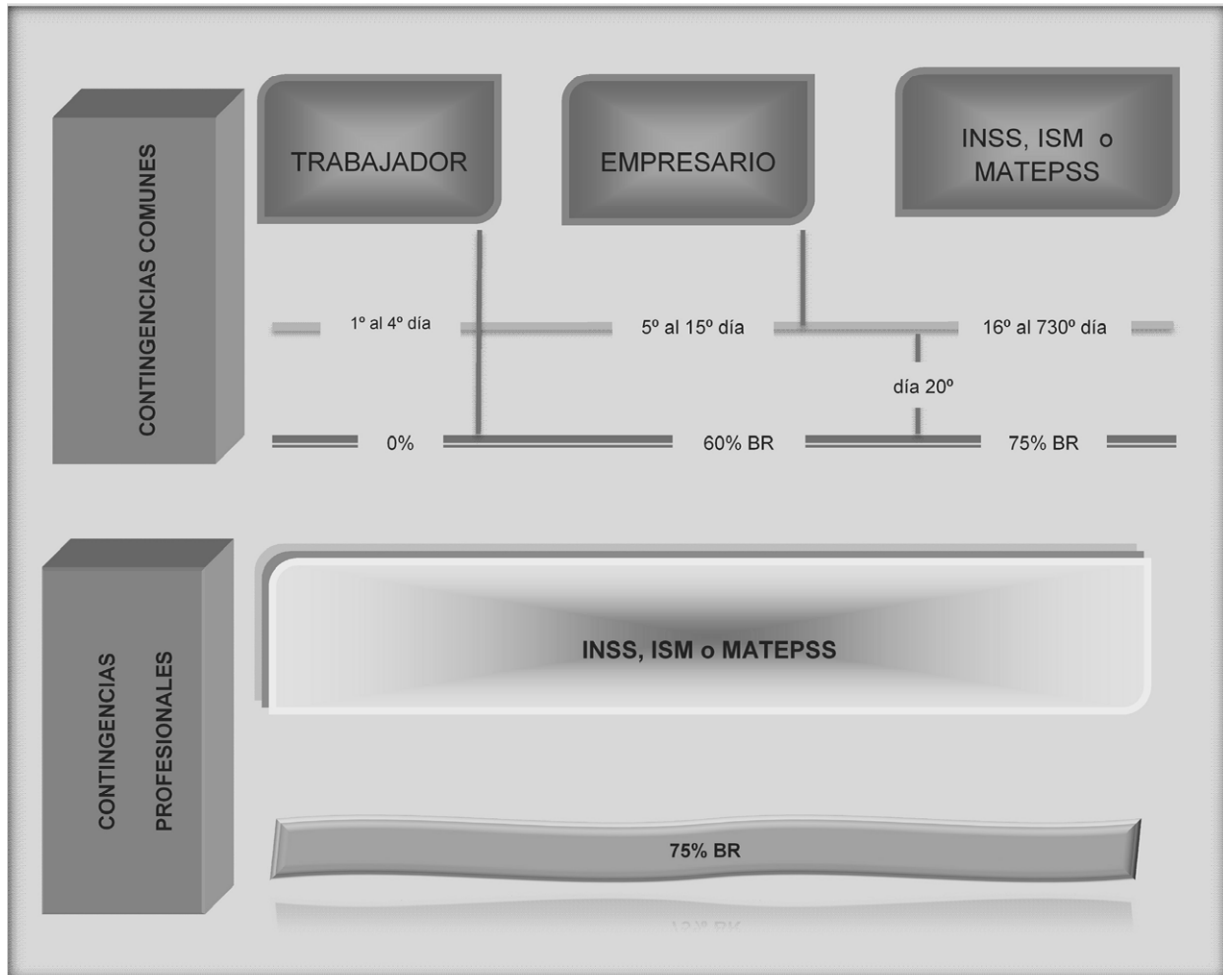
El gráfico 1 siguiente muestra el esquema general de gestión y pago de la prestación económica de incapacidad temporal, en función del tipo de contingencia de que se trate, diferenciando la entidad competente para el pago, el período del pago y los porcentajes de prestación que corresponden:

⁵ Por su parte, para los trabajadores por cuenta propia o autónomos, a partir del 1 de enero de 2008, en virtud de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo, la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes tiene el carácter de obligatoria, excepto para los autónomos que ya tuvieran cubierta esta prestación en otro Régimen de la Seguridad Social y para los trabajadores por Cuenta Propia Agrarios. Respecto a la cobertura del riesgo de contingencia profesional, la regla general es que tiene carácter voluntario para el trabajador autónomo.

⁶ A 18 de enero de 2013 existían 373 empresas que colaboraban voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal.

GRÁFICO 1

Esquema general de gestión y pago de la prestación económica de incapacidad temporal



BR: Base reguladora.

Como se desprende del gráfico anterior, en función del tipo de contingencia de que se trate, el pago de la prestación económica de incapacidad temporal corresponde a una entidad del sistema de la Seguridad Social, al empresario o al propio trabajador. Además, el importe de la citada prestación también es diferente en función del tipo de contingencia.

II.2.1.4 Extinción del derecho

La prestación económica de incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente, sea o no de trabajo, tiene una duración máxima de 365 días. Una vez agotado este plazo, el INSS o el ISM, a través de los órganos encargados de evaluar, calificar y revisar la incapacidad del trabajador (Equipos de Valoración de Incapacidades —EVI— adscritos al INSS) son los únicos competentes para seguir la gestión y control de la incapacidad temporal.

Por tanto, el INSS o el ISM, una vez transcurrido el plazo de 365 días, deben adoptar una de las tres resoluciones siguientes respecto a la incapacidad temporal del trabajador: a) reconocer la situación de prórroga expresa de la incapacidad temporal con un límite de ciento ochenta días adicionales, b) acordar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente del trabajador, o c) emitir el alta médica por curación o por incomparecencia injustificada del trabajador a los reconocimientos médicos convocados por el INSS o el ISM.

Por otra parte, una vez que el INSS o el ISM han emitido un alta médica en un proceso de incapacidad temporal, ambas entidades gestoras son las únicas competentes para emitir una nueva baja médica por incapacidad temporal, siempre que sea por igual o similar patología y siempre que se produzca en un plazo de ciento ochenta días posteriores a la citada alta médica. Este nuevo proceso de incapacidad temporal se denomina recaída.

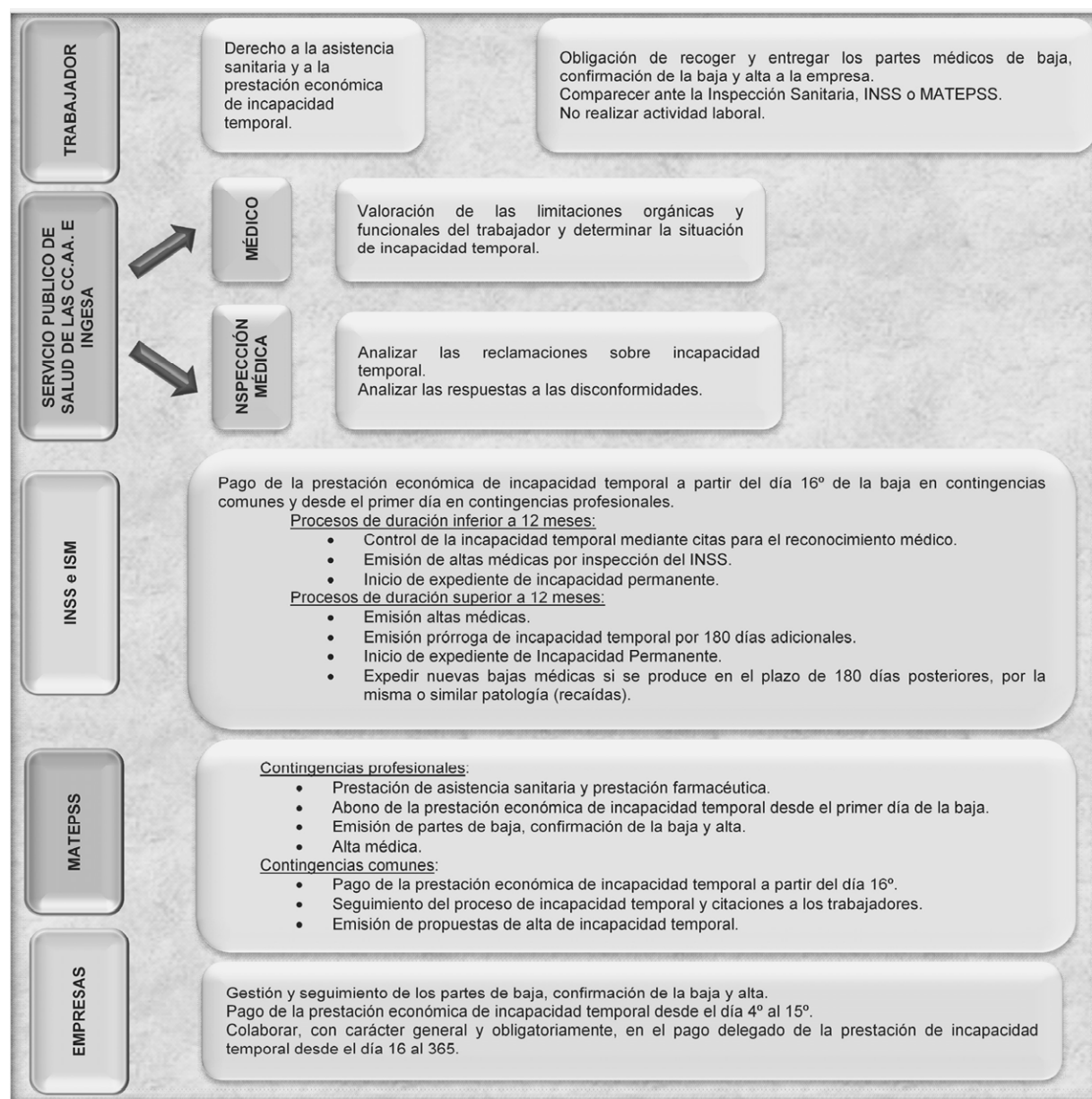
Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo (545 días), el INSS o el ISM deben examinar necesariamente al trabajador en el plazo máximo de tres meses a efectos de su calificación en el grado de incapacidad permanente que, en su caso, corresponda. No obstante, en aquellos casos en que la situación clínica del trabajador, y con vistas a su recuperación, hiciera aconsejable demorar más la citada calificación, ésta podrá retrasarse por el tiempo preciso, que en ningún caso podrá rebasar los 2 años siguientes (730 días) a la fecha en que se inició la situación de incapacidad temporal⁷.

Los periodos de observación por enfermedad profesional tienen una duración máxima de 6 meses, prorrogable por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

A continuación se incluye un esquema sobre las competencias genéricas de cada uno de los agentes que intervienen en la gestión y control de la incapacidad temporal:

GRÁFICO 2

Agentes que intervienen en la gestión de la incapacidad temporal



⁷ La Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 ha dado una nueva redacción al artículo 131 bis del TRLGSS en lo que respecta a la extinción del derecho al subsidio de la incapacidad temporal.

II.2.2 El pago de la prestación económica de incapacidad temporal

Respecto a las entidades responsables del pago de la prestación económica de incapacidad temporal, debe diferenciarse en función del tipo de contingencia de que se trate y de la duración de la misma. En concreto, para las contingencias comunes su financiación corresponde:

— Durante los días primero al tercero de la baja, el trabajador en situación de incapacidad temporal no percibe ninguna prestación. Por ello, en este período esta situación no supone un coste económico para la Seguridad Social.

— Al empresario durante los días cuarto al decimoquinto, lo que tampoco supone un coste económico para la Seguridad Social.

— A la Seguridad Social a partir del día decimosexto hasta su finalización (máximo dos años), a través del INSS, del ISM o de alguna de las 20 MATEPSS, prestaciones que son financiadas con cargo a sus presupuestos de gastos.

— A las empresas autorizadas para colaborar voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal, a partir del cuarto día y hasta que finalice la situación de incapacidad temporal del trabajador. Estos supuestos, aparentemente, no tienen ningún coste para la Seguridad Social⁸.

El pago de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias profesionales corresponde siempre al INSS, al ISM o a las MATEPSS desde el día siguiente al de la baja, no asumiendo ningún coste ni el trabajador ni el empresario, salvo el del día de la baja laboral, cuyo pago corresponde al empresario.

Asimismo, las empresas autorizadas para colaborar voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal por contingencias profesionales deben asumir directamente el coste de la prestación económica de aquélla, compensado con una minoración en las cotizaciones a la Seguridad Social.

Los importes de las obligaciones reconocidas por el INSS, por el ISM y por las 20 MATEPSS durante el periodo 2011 a 2012 e imputados al presupuesto de gastos (en concreto en el programa presupuestario 1102 «Incapacidad Temporal y otras prestaciones» y en el concepto 482 «Incapacidad temporal») fueron los siguientes:

CUADRO 5

Obligaciones reconocidas netas en incapacidad temporal por las entidades del sistema de la Seguridad Social

Ejercicios 2011 y 2012

(Millones de euros)

Entidad	2011	2012
INSS	2.269,30	1.860,91
ISM	38,42	34,10
MATEPSS	3.933,35	3.465,15
TOTAL	6.241,07	5.360,16

Fuente: Información facilitada por el INSS, el ISM y la DGOSS.

Como se deduce del cuadro anterior, el importe del gasto en concepto de incapacidad temporal ha disminuido desde el ejercicio 2011 en todas las entidades del sistema de la Seguridad Social. Así, el importe total de las obligaciones reconocidas netas en el ejercicio 2012 fue un 14,11% inferior en relación con el anterior, debido tanto a la mejora de los controles de los procesos de incapacidad temporal como a la disminución de éstos (en el ejercicio 2012 su número medio disminuyó un 18,70%).

⁸ Esta situación se analiza en el Subapartado IV.4 del presente Proyecto de Informe.

Por entidades, la disminución más significativa en el ejercicio 2012 respecto al año anterior corresponde al INSS, con una variación del 18,00%, seguida de las MATEPSS (11,90%) y del ISM (11,24%).

El cuadro 6 siguiente recoge el importe de las obligaciones reconocidas en concepto de incapacidad temporal en los ejercicios 2011 y 2012, clasificadas por entidades del sistema de la Seguridad Social (INSS, ISM y MATEPSS) y Regímenes (Régimen General, Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Ajena o Autónomos, Régimen Especial Agrario, Régimen Especial de Trabajadores del Mar, Régimen Especial Minería del Carbón, Régimen Especial Empleados del Hogar), y diferenciando los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

CUADRO 6

Obligaciones reconocidas en incapacidad temporal por régimen de la Seguridad Social

Ejercicios 2011 y 2012

(En euros)

Régimen	Entidad	2011	2012
Régimen General + Agrario + Carbón	INSS	1.782.844.289,68	1.424.737.263,19
	ISM	—	—
	MATEPSS	2.581.986.584,15	2.248.173.916,74
	TOTAL	4.364.830.873,83	3.672.911.179,93
Autónomos y hogar	INSS	328.039.019,58	278.268.662,09
	ISM	—	—
	MATEPSS	607.812.119,90	571.547.628,45
	TOTAL	935.851.139,48	849.816.290,54
Empresas colaboradoras voluntarias	INSS	114.941.015,08	118.478.562,28
	ISM	—	—
	MATEPSS	—	—
	TOTAL	114.941.015,08	118.478.562,28
Accidente de trabajo y Enfermedad profesional	INSS	43.472.466,99	39.422.582,90
	ISM	2.310.569,92	2.226.586,88
	MATEPSS	739.024.086,36	639.970.726,92
	TOTAL	784.807.123,27	681.619.896,70
Régimen Especial de Trabajadores del Mar	INSS	—	-
	ISM	36.106.833,95	31.877.898,14
	MATEPSS	4.531.395,21	5.459.430,48
	TOTAL	40.638.229,16	37.337.328,62
TOTAL		6.241.068.380,82	5.360.163.258,07

Fuente: Información facilitada por el INSS, el ISM y la DGOSS.

Conviene señalar que la imputación al presupuesto de gastos de los importes correspondientes a la prestación económica de incapacidad temporal por parte de las entidades del sistema de la Seguridad Social se produce de tres formas diferentes, en función de la modalidad en la que se realiza su pago:

1. En el supuesto de pago delegado, el INSS, el ISM y las MATEPSS imputan a su presupuesto de gastos el importe de la prestación económica de incapacidad temporal en función del importe comunicado por la TGSS, según los datos obtenidos del proceso de control de recaudación, sin ninguna verificación adicional y sin estar sujeto a fiscalización previa por parte de la IGSS, aunque sí a control financiero.
2. En el supuesto de pago directo, el importe imputado al presupuesto de gastos se realiza en función de cada expediente individualizado elaborado por los responsables de las entidades del sistema de la Seguridad Social. Este gasto está sujeto a fiscalización previa de requisitos básicos y control financiero posterior por parte de la IGSS y sólo a control financiero para las MATEPSS.
3. En el supuesto de las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal, la imputación al presupuesto de gastos por parte del INSS se realiza en la misma cuantía que la minoración en las cotizaciones a la Seguridad Social que estas empresas han efectuado, como se señala en el subapartado IV.4 del presente Informe.

II.2.2.1 Pago delegado

Con independencia de la entidad del sistema de la Seguridad Social que debe abonar la prestación de incapacidad temporal, a partir del decimosexto día de la baja médica para las contingencias comunes, o el primer día en el supuesto de contingencias profesionales, la materialidad del pago la continúa efectuando el propio empresario en concepto de «pago delegado», conforme a lo dispuesto en el citado artículo 77.1.c del TRLGSS⁹, que obliga a las empresas a colaborar con la Seguridad Social asumiendo el pago de la prestación económica por incapacidad temporal respecto a sus trabajadores. Es decir, el empresario abona esta prestación económica al trabajador y, posteriormente, se deduce el importe de estos pagos en las cotizaciones a la Seguridad Social que debe ingresar en la TGSS y, por su parte, las entidades del sistema de la Seguridad Social reconocen estos importes en su presupuesto de gastos.

Esta colaboración obligatoria para el empresario en el pago de la prestación de incapacidad temporal tiene una duración máxima de 365 días desde el inicio de dicha situación, a partir del cual corresponde al INSS o ISM mediante el denominado pago directo.

Por otra parte, cuando el trabajador esté recibiendo prestaciones contributivas de desempleo y pase a la situación de incapacidad temporal, el SEPE abona la prestación de incapacidad temporal en régimen de pago delegado, hasta agotarse la duración de la prestación por desempleo.

Mientras el trabajador se halle en situación de incapacidad temporal y la empresa esté obligada a realizar el pago delegado, ésta también está obligada a cotizar por aquél a la Seguridad Social, cualquiera que sea la contingencia de que se trate, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6 de la Orden TIN/41/2011, de 18 de enero, por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social.

El pago delegado de la prestación no es aplicable a los trabajadores por cuenta propia o autónomos.

Por otra parte, de acuerdo con lo establecido en el artículo 26 del TRLGSS, solo si las empresas presentan los documentos de cotización a la Seguridad Social en el plazo reglamentario pueden compensar los pagos delegados de la prestación de incapacidad temporal efectuados a sus trabajadores. Por el contrario, si las empresas presentan estas liquidaciones fuera de plazo, no pueden compensar los pagos anticipados, con el consiguiente perjuicio económico para éstas, aun cuando conserven el derecho para solicitar el pago de sus respectivos créditos frente a la TGSS o a la Entidad Gestora correspondiente.

⁹ La Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, da una nueva redacción al apartado dos del artículo 77 del TRLGSS, disponiendo que la colaboración obligatoria consiste en el pago por la empresa a sus trabajadores, a cargo de la Entidad Gestora o Colaboradora, de las prestaciones económicas, compensándose su importe en la liquidación de las cotizaciones sociales que aquella debe ingresar.

II.2.2.2 Pago directo

El pago directo de la prestación económica de incapacidad temporal es el que efectúa el INSS, el ISM o las MATEPSS a favor del trabajador en situación de incapacidad temporal sin que la empresa tenga que anticipar su pago y sin la obligación de cotizar a la Seguridad Social durante el periodo de baja médica.

Este pago directo surge con la extinción del procedimiento de pago delegado de la incapacidad temporal (transcurrido el plazo de 365 días). Además, existen diversos supuestos (incumplimiento de la obligación empresarial, extinción de la relación laboral, etc.) en los que el INSS, el ISM o las MATEPSS son los responsables del pago directo de esta prestación, cuyo análisis se efectúa en el apartado IV del presente Informe.

Como se refleja en el cuadro 7 siguiente, el importe del pago delegado en el INSS y en las MATEPSS fue muy superior al del pago directo. Así, en el ejercicio 2012, el importe del pago delegado ascendió a 3.576 millones de euros (67% del total) y el pago directo a 1.764 millones (33%), debido a que la regla general del pago de la prestación económica de incapacidad temporal es la colaboración obligatoria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal mediante el denominado pago delegado. No obstante, en el ISM el importe de pago directo es muy superior respecto al pago delegado, ya que las prestaciones económicas de incapacidad temporal correspondientes a los trabajadores de los grupos de cotización II y III¹⁰ se realizan siempre mediante la modalidad de pago directo.

CUADRO 7

Obligaciones reconocidas por el INSS, ISM y MATEPSS en incapacidad temporal.

Ejercicios 2011 y 2012

	Tipo de pago	2011	2012	Variación 2011/2012 (En %)
INSS	Pago delegado	1.590.157.231,27	1.280.695.794,11	-19
	Pago directo	679.139.560,06	580.211.276,35	-15
	TOTAL	2.269.296.791,33	1.860.907.070,46	-18
ISM	Pago delegado	13.537.353,17	10.622.882,38	-22
	Pago directo	24.880.050,70	23.481.602,64	-6
	TOTAL	38.417.403,87	34.104.485,02	-11
MATEPSS ¹¹	Pago delegado	2.696.320.880,19	2.285.058.600,02	-15
	Pago directo	1.257.360.338,03	1.160.291.590,55	-8%
	TOTAL	3.953.681.218,22	3.445.350.190,57	-13%

Fuente: Información facilitada por el INSS, el ISM y la DGOSS.

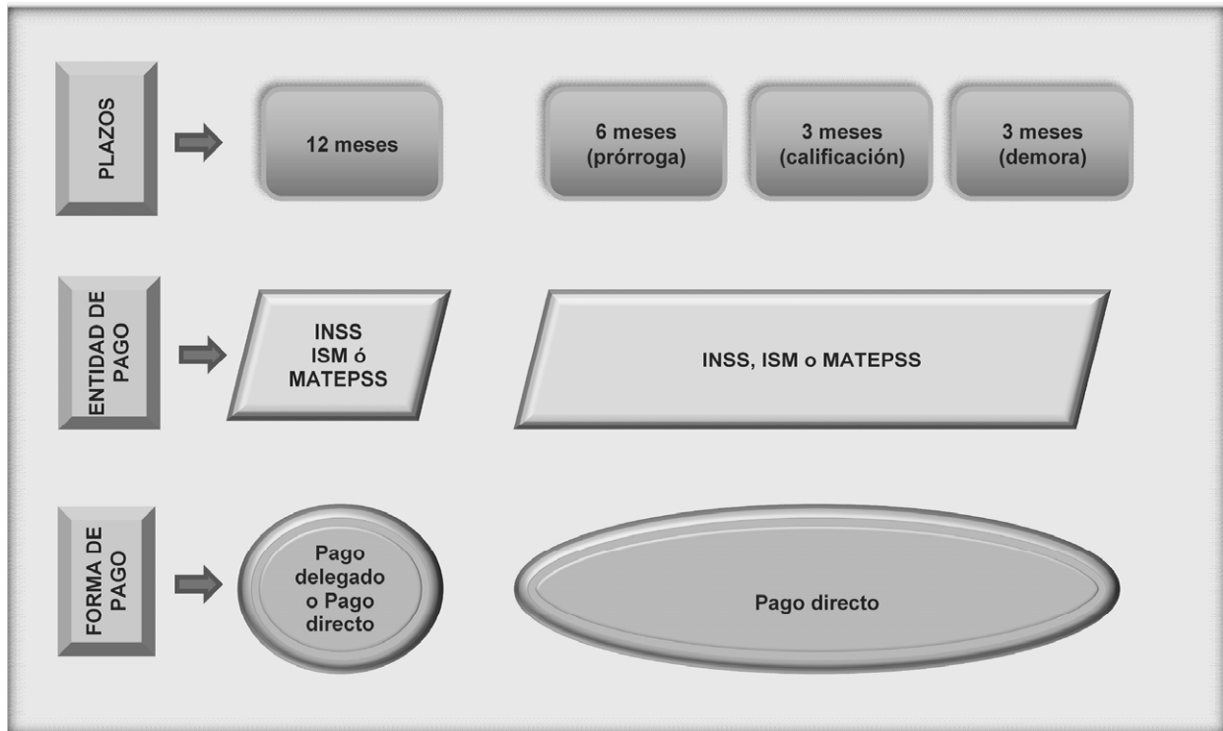
¹⁰ Los trabajadores de estos dos grupos de cotización representan la mayor parte de los afiliados al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, que gestiona el ISM.

¹¹ De acuerdo con la información facilitada por la DGOSS, los datos relativos a los importes de pago delegado y pago directo de las MATEPSS no son identificables en SICOMAT (aplicación que utiliza la DGOSS para el seguimiento presupuestario de la gestión de las MATEPSS). La DGOSS recibe mensualmente, a efectos estadísticos, una estimación del gasto que realiza cada MATEPSS, en la que sí se diferencian estos importes. No obstante, se trata de estimaciones que, aun siendo próximas a los datos de gasto real, no se corresponden exactamente con los importes contabilizados.

En el gráfico siguiente se señalan los plazos de gestión de la prestación económica de incapacidad temporal, las entidades competentes para su gestión y la forma de efectuar el pago de aquélla:

GRÁFICO 3

Plazos, entidades y formas de pago de las contingencias comunes



Las entidades del sistema de la Seguridad Social competentes para la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal y la prestación económica que llevan asociada disponen, fundamentalmente, de tres mecanismos de control de estos procesos, que se analizan en los apartados siguientes del presente Informe:

- Mediante los partes médicos expedidos por los facultativos pertenecientes a los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA, del INGESA o de las MATEPSS.
- Mediante el examen médico al trabajador en situación de incapacidad temporal, por parte del INSS, el ISM y las MATEPSS, para verificar que sigue manteniendo el derecho a la prestación.
- Mediante la comprobación de que los importes deducidos por las empresas en concepto de incapacidad temporal son los correctos.

III. GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PARTES MÉDICOS DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

III.1 Consideraciones generales

El parte médico, que contiene información sobre el diagnóstico de la enfermedad, la descripción de la limitación de la capacidad funcional del trabajador y la duración probable del proceso patológico, es el documento que debe expedir el facultativo competente en modelo oficial inmediatamente después de realizar un reconocimiento a un trabajador, en virtud del cual se determina que la situación

que padece aquél, derivada de una enfermedad común o profesional o de un accidente (laboral o no), le incapacita temporalmente para realizar su trabajo habitual (parte de baja); le sigue impidiendo trabajar durante más tiempo (parte de confirmación); o le permite regresar a su actividad ordinaria (parte de alta).

La emisión y transmisión de los partes de incapacidad temporal por los facultativos de los Servicios Públicos de Salud y del INGESA, y de las entidades colaboradoras (MATEPSS y empresas de colaboración voluntaria) se regulan en la 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.

La competencia para decretar la situación inicial de incapacidad temporal varía en función de la entidad aseguradora y del tipo de contingencia que origine el proceso. Así, la emisión del parte de baja corresponde:

— A los facultativos de los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA y del INGESA, cuando la incapacidad temporal derive de enfermedad común o accidente no laboral (contingencias comunes), independientemente de la entidad aseguradora del proceso (INSS, ISM, MATEPSS o empresas de colaboración voluntaria). Asimismo, corresponderá a dichos facultativos la emisión de los partes de baja de los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales cuya cobertura se realice exclusivamente por el INSS o por el ISM.

— A los facultativos de las entidades colaboradoras (MATEPSS o empresa de colaboración voluntaria), cuando la causa de la baja derive de una contingencia profesional y el trabajador preste sus servicios en una empresa que tenga la protección de tales contingencias a cargo de estas entidades o se trate de un trabajador por cuenta propia que, asimismo, haya concertado con una MATEPSS la cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias profesionales.

Dichos facultativos son también los competentes para emitir los correspondientes partes médicos de confirmación y alta y los nuevos partes de baja por recaída, hasta que la prestación de incapacidad temporal alcance la duración de 365 días, momento a partir del cual sólo el INSS y el ISM ostentan la competencia para reconocer la situación de prórroga expresa, emitir las altas y nuevas bajas médicas por recaída, tanto de contingencias comunes como profesionales.

Los partes de confirmación deben extenderse al cuarto día del inicio de la situación de incapacidad temporal y cada siete días a partir del primer parte de confirmación, si la incapacidad deriva de contingencias comunes; o a los siete días naturales siguientes al inicio de la incapacidad temporal y, sucesivamente cada siete días, si la incapacidad deriva de una contingencia profesional. Cumplido el plazo de 365 días, no podrán emitirse más partes de confirmación.

Los partes de baja, confirmación y alta emitidos por los Servicios Públicos de Salud y por el INGESA se expiden por cuadruplicado: el original, destinado a la inspección de servicios sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud; y las copias, destinadas a la empresa, la entidad aseguradora y el trabajador.

Aunque según el citado Real Decreto 575/1997, los Servicios Públicos de Salud y el INGESA deben remitir las copias de los distintos tipos de partes a la entidad gestora o colaboradora correspondiente, la realidad es que la transmisión se centraliza en el INSS, que recibe y valida a través de la aplicación informática IFI-WEB la totalidad de los partes expedidos por los facultativos de atención primaria; si bien, en relación con los procesos a cargo de las otras entidades, actúa como mero intermediario transmisor de los partes, puesto que son dichas entidades las que tienen encomendado su control.

El plazo establecido para la transmisión de los partes desde los Servicios Públicos de Salud y el INGESA es de cinco días.

Al trabajador se le entrega su copia y la correspondiente a la empresa, debiendo remitírsela en los tres días siguientes contados desde la fecha de expedición del parte.

A su vez, la normativa otorga a la empresa un plazo de cinco días, contados desde su recepción, para cumplimentar los datos económicos del parte y proceder a su remisión a la entidad aseguradora (salvo que sea ella misma, por haber asumido el pago de la prestación, derivada de contingencias comunes, en régimen de colaboración voluntaria)¹².

Sin embargo, en este supuesto también es el INSS el que recibe todos los partes procedentes de las empresas que utilizan el Sistema RED (sistema de remisión electrónica de datos en el ámbito de la Seguridad Social gestionado por la TGSS) para su transmisión, y tras su validación los reenvía al ISM o a las MATEPSS correspondientes.

El artículo 27 de la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, facultaba al Ministerio de Empleo y Seguridad Social para determinar los supuestos y condiciones en las que las empresas deben presentar en soporte informático los partes de baja, confirmación de la baja y alta médica, correspondientes a procesos de incapacidad temporal por los trabajadores a su servicio. En este sentido, la Orden TAS/399/2004, de 12 de febrero, ya disponía que las empresas incorporadas al Sistema RED debían utilizar dicho procedimiento informático para remitir a la entidad gestora o a las MATEPSS las copias de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta médica que les presentaran los trabajadores, obligación reiterada por la reciente Orden ESS/484/2013, de 26 de marzo, por la que se regula el sistema de remisión electrónica de datos en el ámbito de la Seguridad Social.

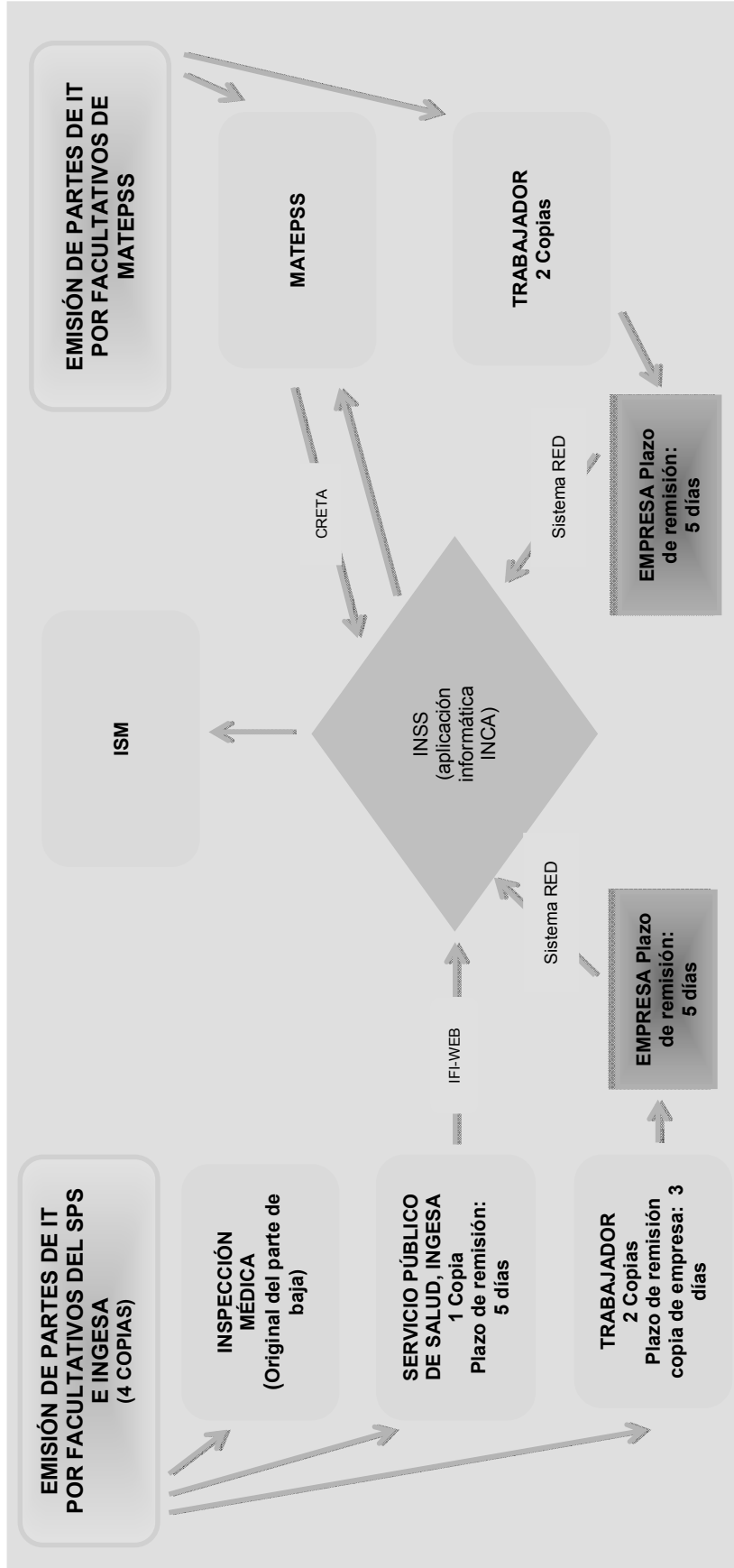
La remisión electrónica de datos de los partes médicos a través del Sistema RED goza de validez, generando los derechos y obligaciones establecidos por la normativa en vigor.

El anterior proceso de emisión y transmisión de los partes de incapacidad temporal se resume en el esquema siguiente:

¹² La Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, da una nueva redacción al apartado dos del artículo 77 del TRLGSS, disponiendo que las empresas que colaboran obligatoriamente con la Seguridad Social deben comunicar a la Entidad Gestora, a través de los medios electrónicos, informáticos o telemáticos establecidos, los datos obligación de la misma requeridos en el parte médico de baja, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

GRÁFICO 4

Esquema general de transmisión de los partes médicos de baja



Hay que señalar que la normativa aplicable en materia de incapacidad temporal prevé la posibilidad de que, desde el inicio de la situación de incapacidad temporal hasta el cumplimiento de los 365 días:

— Los médicos adscritos al INSS y al ISM puedan emitir partes de alta, en el ejercicio de la función inspectora prevista en la disposición adicional 52ª del TRLGSS, añadida por la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Asimismo, deberán emitir los partes de baja correspondientes a los casos de recaídas de procesos dados de alta previamente por los médicos inspectores de dichas entidades gestoras.

— El INSS y el ISM son competentes para resolver los procedimientos especiales de revisión de las altas médicas expedidas por las MATEPSS y empresas colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, planteados a iniciativa de los interesados, en virtud del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.

— Por otro lado, en cualquier momento, incluso una vez concluido un proceso de incapacidad temporal, con independencia de la entidad aseguradora del mismo, cualquier interesado puede presentar una determinación de contingencias, con el fin de que las entidades gestoras se pronuncien sobre el tipo de contingencia (profesionales o comunes) que originó el proceso de incapacidad temporal, de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio.

III.2 Partes médicos transmitidos por los Servicios Públicos de Salud e INGESA

Como se ha indicado anteriormente, la transmisión de partes de incapacidad temporal procedentes de los Servicios Públicos de Salud e INGESA, contemplada en el Real Decreto 575/1997, se efectúa en su totalidad al INSS.

De acuerdo con la base de datos facilitada por el INSS correspondiente a partes médicos recibidos, desde el 1 de octubre de 2010 hasta el 30 de abril de 2013¹³ existieron un total de 30.600.224 partes médicos transmitidos desde los Servicios Públicos de Salud y el INGESA, que fueron validados «sin error» por el INSS y que presentaban el siguiente desglose:

CUADRO 8

Partes de baja, alta y confirmación transmitidos por los Servicios Públicos de Salud y el INGESA desde 1 de octubre de 2010 hasta 30 de abril de 2013

Servicios Públicos de Salud e INGESA	Partes de baja		Partes de alta		Partes de confirmación		Total partes	
	N.º	% / Total	N.º	% / Total	N.º	% / Total	N.º	% / Total partes
S. Catalán de la Salud	1.963.622	49,7	1.984.389	50,3	0	0,0	3.948.011	12,9
S. Andaluz de Salud	1.249.486	50,7	1.213.228	49,3	0	0,0	2.462.714	8,0
S. Aragonés de Salud	292.383	18,7	290.935	18,5	982.703	62,8	1.566.021	5,1
S. de Salud del P. de Asturias	185.217	47,2	182.035	46,4	25.284	6,4	392.536	1,3
S. Cántabro de Salud	133.865	53,2	117.640	46,8	1	0,0	251.506	0,8
S. de Salud de Castilla-La Mancha	328.098	13,5	317.302	13,0	1.794.070	73,5	2.439.470	8,0
Sanidad de Castilla y León	392.317	14,3	384.650	14,0	1.963.733	71,7	2.740.700	9,0

¹³ Con el fin de fiscalizar en su integridad la gestión de los partes médicos tramitados en el ejercicio 2011, dado que, con carácter general, existe un decalaje en la transmisión de estos partes médicos por parte de los Servicios Públicos de Salud y de las empresas, y teniendo presente que los procesos de incapacidad temporal pueden llegar a tener una duración máxima de 730 días (2 años), el Tribunal solicitó al INSS la información relativa a los partes médicos recibidos con fecha de inicio 1/10/2010. La fecha de finalización fue la del requerimiento de la información al propio INSS, con el fin de evitar que la Entidad Gestora tuviera que realizar procesos informáticos adicionales, ya que la base de datos se actualiza permanentemente.

Servicios Públicos de Salud e INGESA	Partes de baja		Partes de alta		Partes de confirmación		Total partes	
	N.º	% / Total	N.º	% / Total	N.º	% / Total	N.º	% / Total partes
S. Extremeño de Salud	134.543	15,0	133.465	15,0	623.930	70,0	891.938	2,9
S. Gallego de Salud	443.396	51,0	425.930	49,0	0	0,0	869.326	2,8
S. de Salud de las Illes Balears	245.161	20,0	242.859	19,8	739.013	60,2	1.227.033	4,0
S. Canario de la Salud	430.404	49,0	448.110	51,0	0	0,0	878.514	2,9
S. Madrileño de Salud	1.730.772	20,4	1.658.241	19,5	5.103.387	60,1	8.492.400	27,7
S. Murciano de Salud. Murcia Salud	255.945	21,5	249.663	21,0	685.096	57,5	1.190.704	3,9
Rioja Salud	65.423	50,3	64.578	49,7	59	0,0	130.060	0,4
S. Valenciano de Salud	647.784	50,6	632.489	49,4	0	0,0	1.280.273	4,2
INGESA Ceuta	11.898	47,8	11.292	45,4	1.679	6,8	24.869	0,1
INGESA Melilla	11.866	49,5	11.528	48,1	581	2,4	23.975	0,1
Osakidetza-S. Vasco de Salud	565.063	50,4	555.424	49,6	0	0,0	1.120.487	3,7
S. Navarro de Salud	447.241	66,8	222.446	33,2	0	0,0	669.687	2,2
TOTAL	9.534.484	31,1	9.146.204	29,9	11.919.536	39,0	30.600.224	100,0

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

Del análisis de los datos incluidos en el cuadro anterior se desprende lo siguiente:

1) Existe una relación proporcional, por otra parte lógica, entre el número de partes de baja y partes de alta enviados por los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA y del INGESA, con porcentajes conjuntos del 31,1% y del 29,9%, respectivamente, calculados sobre el total de partes enviados al INSS, con la sola excepción del Servicio Navarro de Salud, cuyo porcentaje de partes de baja transmitidos (66,8%) duplicó el de partes de alta enviados en el mismo periodo (33,2%), sin motivo aparente para ello.

2) Los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA de Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Foral de Navarra, Galicia, País Vasco y Valenciana (y parcialmente Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, La Rioja y el INGESA), no han cumplido la obligación de remitir los partes de confirmación de los procesos de incapacidad temporal, prevista en el artículo 2.3 del Real Decreto 575/1997. Sin embargo, estos mismos Servicios Públicos de Salud sí remitieron los partes de baja y alta al INSS durante el periodo analizado.

Sobre este aspecto hay que advertir que los convenios de colaboración (que se analizan en el apartado V del presente Informe) formalizados entre el anterior Ministerio de Trabajo e Inmigración y todas las CC.AA financian el envío en plazo de los partes de baja y alta, pero no el de los partes de confirmación.

De todo lo anterior podría deducirse que algunas CC.AA supeditan el cumplimiento de la normativa en materia de transmisión de partes a la entrega de una contraprestación económica a cargo del INSS, comportamiento amparado en cierta medida por el propio INSS ya que no consta que éste hubiera instado a dichos Servicios Públicos de Salud a cumplir con su obligación legal de enviar los partes de confirmación.

La falta de envío de los partes de confirmación por algunos Servicios Públicos de Salud, además del incumplimiento legal antedicho, supone una merma de información sobre los procesos de incapacidad temporal, que incide directamente en el control de las prestaciones por parte de las entidades gestoras y colaboradoras¹⁴.

¹⁴ El INSS señala en sus alegaciones que «la no recepción de los partes de confirmación no supone en absoluto una mayor limitación en los controles de la IT», indicando que dichos partes son «meros actos de trámite del proceso de IT»; lo cual, a juicio del Tribunal, resulta inexplicable, ya que la expedición de cada parte de confirmación debe ir precedida de un reconocimiento médico

Respecto a la cumplimentación de los partes de baja remitidos por los Servicios Públicos de Salud, hay que hacer especial referencia a las recaídas (proceso de baja producido en los 180 días siguientes a otro proceso de igual o similar patología).

La correcta identificación del proceso de baja anterior, respecto del que es recaída otro posterior, es fundamental para el adecuado control de la prestación de incapacidad temporal, dado que los días pagados a un trabajador por un proceso de incapacidad temporal se descontarían de los que le corresponderían en otro proceso de baja, siempre que hubiera sido identificado como recaída del anterior, por lo que la duración del nuevo proceso sería menor, lo que supone un menor pago de la prestación económica de incapacidad temporal.

En relación con lo anterior hay que indicar que los partes de baja que emiten los médicos de atención primaria de los Servicios Públicos de Salud tienen un apartado específico para consignar si los procesos de incapacidad temporal a que se refieren son o no recaída de uno anterior, pero no disponen de ningún apartado donde identificar el proceso de baja al que se acumulan, lo que genera numerosas ineficiencias en el sistema.

Por otra parte, no existe un procedimiento que regule ni el tiempo ni la forma de envío de esta información por parte de los Servicios Públicos de Salud. Como se ha podido comprobar en las Direcciones Provinciales del INSS fiscalizadas, la información se transmite desde las Inspecciones de los Servicios Públicos de Salud con distinta regularidad, a través de fax o por correo electrónico, lo que impide su tratamiento de forma automatizada y supone la grabación manual de los datos de la baja anterior en la aplicación informática de procesos de incapacidad temporal que gestiona el INSS, denominada «inca pago delegado».

En lo que se refiere a las recaídas, dicha aplicación («inca pago delegado») está programada de forma que cuando se graba un nuevo parte de baja con indicador de recaída «sí», el proceso se acumula inmediatamente al anterior, que no necesariamente ha de ser el proceso del que es continuación, lo que origina numerosos problemas de gestión.

Por tanto, no existe seguridad de que los Servicios Públicos de Salud transmitan la información en todo caso, ni tampoco de que, una vez transmitida, se consolide en la base de procesos del INSS, lo que afecta gravemente a la integridad de la información y al control de la prestación de incapacidad temporal, ya que existe un riesgo de que se acumulen procesos independientes y de que no se acumulen otros que cumplen los requisitos para ello.

III.3 Consolidación de procesos de incapacidad temporal

En relación con la transmisión de partes de incapacidad temporal, el INSS actúa como órgano de enlace entre las distintas entidades del sistema de Seguridad Social que intervienen en el curso de los procesos de incapacidad temporal, así como en la transmisión de los partes por las empresas a través del Sistema RED y los partes recibidos de los Servicios Públicos de Salud.

El INSS efectúa la consolidación de la información recibida de las distintas entidades a través de la aplicación informática «inca pago delegado», en la que se registran, para cada proceso de incapacidad temporal, los datos médicos (obtenidos de los partes remitidos por los Servicios Públicos de Salud, el INGESA o las MATEPSS) y los datos económicos (obtenidos de los partes remitidos por las empresas a través del Sistema RED).

Sin embargo, la aplicación informática «inca pago delegado» pierde utilidad como posible base de datos de procesos de incapacidad temporal del sistema por las siguientes causas:

— Al tratarse de una base de datos del INSS, su acceso queda restringido al propio Instituto, sin posibilidad del mismo al resto de entidades del sistema de la Seguridad Social que también participan en la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal, es decir, el ISM y las MATEPSS.

— La información que se recibe de los procesos de contingencias profesionales a cargo de las MATEPSS es todavía incompleta, puesto que sólo se envían los partes de baja y alta, en detrimento de los de confirmación, y no en su totalidad, como se expone posteriormente.

del trabajador que justifique que objetivamente sigue en situación de incapacidad temporal, con el consiguiente derecho a percibir la prestación económica correspondiente.

— El diseño de la aplicación no permite grabar ninguna información referente a los procesos de incapacidad temporal a cargo de las empresas de colaboración voluntaria, por lo que la Seguridad Social desconoce la gestión de estas empresas, lo que le impide estimar razonablemente cual debería ser el coeficiente de deducción adecuado, tal y como se analiza en el subapartado IV.4 del presente Informe.

— Solo contiene información completa de la vida de los procesos de incapacidad temporal de pago delegado cuya cobertura corresponde al INSS. Respecto a los procesos a cargo de otras entidades transmitidos automáticamente, con carácter general sólo contiene datos de bajas y altas, desconociéndose otros hitos importantes de dichos procesos.

La existencia de una base de datos consolidada, que aglutinase la información existente sobre los procesos de incapacidad temporal, evitaría muchas de las incoherencias e ineficiencias que se producen en la actualidad por falta de coordinación entre las entidades del sistema de Seguridad Social que intervienen en la gestión y control de la incapacidad temporal. Además, dicha base de datos consolidada resultaría imprescindible si, como se ha puesto de manifiesto a este Tribunal por parte de los representantes del INSS y de la TGSS, se quiere culminar el proyecto CRET@ de control de recaudación por trabajador, del que serían parte ineludible las deducciones por incapacidad temporal que practican las empresas en concepto de pago delegado.

III.4 Análisis del cumplimiento de la transmisión de partes médicos

Con la finalidad de verificar el cumplimiento de la obligación de remitir los partes que tienen encomendada los Servicios Públicos de Salud y las empresas con trabajadores en situación de incapacidad temporal, durante la fiscalización se solicitó al INSS una copia de la base de datos de «inca pago delegado», referida a los procesos iniciados desde el 1 de octubre de 2010 y aquellos iniciados con anterioridad pero vigentes a dicha fecha, hasta 30 de abril de 2013¹⁵.

Los procesos consolidados de incapacidad temporal presentaban cuatro posibles situaciones en la mencionada base de datos, en función de la información que los conformaba:

— Situación 01: Procesos con datos médicos: es decir, procesos respecto de los que sólo se habían recibido partes de los Servicios Públicos de Salud correspondientes.

— Situación 02: Procesos con datos médicos y económicos: procesos respecto de los que se habían recibido los datos de los Servicios Públicos de Salud y de las empresas, respectivamente.

— Situación 03: Procesos con datos económicos: aquellos procesos de los que sólo se habían recibido los partes de las empresas.

— Situación 50: Procesos con parte de alta sin parte de baja: procesos para los que solo existía información del alta médica remitida por los Servicios Públicos de Salud pero no de baja médica que debían remitir los citados Servicios Públicos.

De acuerdo con las comprobaciones efectuadas, los 13.418.650 procesos extraídos de la base de datos de «inca pago delegado» (de los que 12.143.826 corresponden a contingencias comunes y los restantes 1.274.824 a contingencias profesionales) presentaban el siguiente desglose por entidad de cobertura y situación del parte:

¹⁵ Ver nota a pie de página n.º 34.

CUADRO 9

Procesos de incapacidad temporal clasificados por situación del parte desde 1 de octubre de 2010 hasta 30 de abril de 2013

Entidad	Situación del parte médico								
	Sólo datos médicos		Datos médicos y económicos		Sólo datos económicos		Con parte de alta sin parte de baja		TOTAL
Contingencias comunes									
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número
INSS	1.069.352	26,4	2.857.379	70,7	101.192	2,5	17.985	0,4	4.045.908
ISM	18.359	56,6	13.232	40,8	692	2,1	160	0,5	32.443
MATEPSS	1.818.162	22,5	5.975.484	74,1	235.163	2,9	36.666	0,5	8.065.475
TOTAL	2.905.873	23,9	8.846.095	72,8	337.047	2,8	54.811	0,5	12.143.826
Contingencias profesionales									
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número
INSS	11.609	25,1	29.912	64,8	4.303	9,3	349	0,8	46.173
ISM	1.807	88,6	190	9,3	26	1,3	16	0,8	2.039
MATEPSS	26.034	2,1	751.425	61,3	374.049	30,5	75.104	6,1	1.226.612
TOTAL	39.450	3,1	781.527	61,3	378.378	29,7	75.469	5,9	1.274.824

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

Como se desprende del cuadro anterior, el 72,8% de los procesos con origen en contingencias comunes y el 61,3% de los que tienen su origen en contingencias profesionales existentes en la base de datos en el período de referencia tenían cumplimentados los datos médicos (procedentes de los partes de baja de los Servicios Públicos de Salud, el INGESA y las MATEPSS), y los datos económicos (procedentes de los partes de baja transmitidos por las empresas), situación prevista legalmente y que permite al INSS realizar los controles adecuados.

Sin embargo, la existencia de 3.791.028 procesos (3.297.731 derivados de contingencias comunes y 493.297 de contingencias profesionales) con información parcial (sólo con datos médicos, sólo con datos económicos o sólo con parte de alta) denotaría, en principio, el incumplimiento de la normativa de remisión de los partes; es decir, un porcentaje del 28,2% sobre el total de procesos existentes en la base de datos presentaban irregularidades, como se comenta en los subapartados siguientes¹⁶.

III.4.1 Ausencia de partes a remitir por las empresas

Como se puede observar en el cuadro 9 anterior, el 23,9% de los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes (en número de 2.905.873) contenía exclusivamente información procedente del parte de baja médica, expedidos por los Servicios Públicos de Salud y no por las empresas. La falta de transmisión de los partes de baja por las empresas podría deberse, entre otras causas: 1) a que las empresas donde presta sus servicios el trabajador, cuando se trata de procesos nuevos de corta duración (de 1 a 3 días) que no devengan prestación económica, entienden innecesario el envío de los

¹⁶ No obstante, es necesario precisar que, en los casos de pluriempleo o pluriactividad, el parte médico es único, debiendo remitir cada empresa donde preste servicios el trabajador su correspondiente parte. En consecuencia, el número de procesos existentes en «inca pago delegado» será mayor que el de procesos de baja.

partes de baja y alta; 2) a errores; 3) al simple incumplimiento, voluntario o por error u omisión, de la obligación legalmente establecida de transmitir los partes de incapacidad temporal, etc.¹⁷.

Durante el período fiscalizado se ha constatado la existencia de 215 procesos derivados de accidente de trabajo que no tenían cumplimentada la fecha del accidente (por no haber sido consignada en el parte de baja médica), circunstancia que no impidió que las empresas practicaran deducciones en concepto de pago delegado o que el INSS efectuara el pago directamente.

La falta de remisión de los partes por las empresas, además de vulnerar la normativa vigente, resta eficiencia al control automatizado de las deducciones que se practican en concepto de pago delegado de incapacidad temporal, pues los datos económicos que figuran en los partes de empresa son necesarios para efectuar el cálculo correcto de la prestación y, en consecuencia, para poder valorar la procedencia de dichas deducciones.

Al margen de las consideraciones anteriores, el envío y control de la remisión de los partes de las empresas resulta imprescindible para detectar, en los casos de pluriempleo y pluriactividad, posibles usos fraudulentos de la prestación, imposibles de comprobar a través de los sistemas de control médico y económico que tienen establecidos en la actualidad las MATEPSS y las entidades gestoras.

A modo de ejemplo, en el análisis de la base de datos de «inca pago delegado» del INSS se detectó que una trabajadora (NAF¹⁸ 28042222027) prestaba sus servicios en dos empresas: una era un centro hospitalario (CCC 011128139705656), cuya entidad aseguradora era el INSS, y la otra una residencia de ancianos (CCC 01112845024043), asegurada por la Mutua Asepeyo. En total, desde diciembre de 2007 hasta finales de enero de 2013, fecha de cese de actividad en la residencia de ancianos, había causado un total de 72 bajas médicas, la mayoría de las cuales no excedieron de 15 días.

Del total de estas bajas, el Tribunal pudo analizar 43, que constaban en la base de datos requerida al INSS, habiéndose comprobado que existen indicios suficientes para entender que, de forma sistemática, las bajas no fueron presentadas por la trabajadora en la residencia de ancianos (CCC 01112845024043), razón por la cual no se remitiría el parte desde esta empresa, probablemente porque en algunas ocasiones la trabajadora aprovechaba la situación de baja en el centro hospitalario para prestar sus servicios en la residencia de ancianos.

El INSS sólo pudo efectuar el control de las pocas deducciones que se practicaron a su cargo, ya que, al tratarse en su mayoría de bajas de corta duración por distinta patología (22 diagnósticos diferentes en las 43 bajas analizadas) no se acumulaban días de baja y no suponían la práctica de ninguna deducción. Asimismo, tampoco fueron objeto de control médico por el INSS dado que no fueron superiores al mes de duración de la baja, plazo a partir del cual se efectúan los controles médicos por los inspectores del INSS.

Por otro lado, llama la atención la inacción del centro hospitalario ante las continuadas bajas de esta trabajadora, así como la colaboración del médico de atención primaria responsable de la emisión de los partes de baja en 36 de los 43 procesos de esta trabajadora analizados, así como, en último término, la falta de control de la actuación del médico por parte de la Inspección Médica correspondiente¹⁹.

III.4.2 Ausencia de partes a remitir por los Servicios Públicos de Salud

De los procesos de incapacidad temporal de contingencias comunes, un total de 337.047 (el 2,8%), fueron grabados en la aplicación «inca pago delegado» sólo con la información económica, sin que constase la existencia de un parte médico.

La falta de envío de la información médica por parte de los Servicios Públicos de Salud y del INGESA podría deberse, entre otras razones, a un incumplimiento puntual de la obligación de transmitir

¹⁷ La Orden ESS/484/2013, de 26 de marzo, por la que se regula el Sistema de remisión electrónica de datos en el ámbito de la Seguridad Social, establece en su artículo 2 la incorporación obligatoria al Sistema RED de las empresas, agrupaciones de empresas y demás sujetos responsables del cumplimiento de la obligación de cotizar encuadrados en cualquiera de los regímenes del sistema de la Seguridad Social, con independencia del número de trabajadores que mantengan en alta, con las siguientes excepciones:

— En el caso de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, con excepción de los correspondientes al Sistema Especial de Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios.

— La incorporación al Sistema RED no será obligatoria para las empresas, agrupaciones de empresas y demás sujetos responsables del cumplimiento de la obligación de cotizar encuadrados en el Régimen General, por lo que respecta a los colectivos de profesionales taurinos y representantes de comercio y a los Sistemas Especiales para Empleados de Hogar y de la Industria Resinera, así como en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, respecto a los trabajadores por cuenta propia.

¹⁸ NAF: Número de Afiliación a la Seguridad Social.

¹⁹ Desde febrero de 2013 hasta mayo de 2013, al menos, la trabajadora ha seguido causando, regularmente, de 3 a 5 bajas mensuales, si bien ya sólo consta su relación laboral con el Hospital.

telemáticamente los partes de incapacidad temporal, a errores o a la inexistencia de proceso de incapacidad temporal.

Según ha podido comprobar este Tribunal, tanto el INSS como las MATEPSS dieron validez a procesos derivados de contingencias comunes respecto de los que sólo existía información económica, con el consiguiente riesgo de que las empresas se practicasen deducciones sin que realmente existiera un proceso de incapacidad temporal.

La validación automática de procesos respecto de los que sólo se dispone del parte de empresa (en el que solo consta información económica) supone asumir el riesgo de inexistencia de baja médica e impide detectar una posible actuación fraudulenta por parte de la empresa o del trabajador, o por ambos en caso de connivencia, cuando se envían partes no respaldados con la correspondiente baja del Servicio Público de Salud.

Además, tampoco podrían ser detectadas otras incidencias, como simples errores en la grabación de los datos de los partes de empresa que afectarían al importe satisfecho por incapacidad temporal (sobre todo fechas de baja y alta, indicador de recaída sí o no), al no poder ser contrastadas con los datos de los partes del Servicio Público de Salud, lo que limita considerablemente la posibilidad de efectuar controles adecuados.

En el período analizado se detectaron 10.686 procesos a cargo del INSS respecto de los que sólo estaba disponible el parte enviado por la empresa, que había sido transmitido sin hacer constar ni la provincia ni el número de colegiado. Además, en 7.154 de estos procesos la empresa tampoco había enviado el código diagnóstico.

En este sentido, desde el 1 de enero de 2013 se ha establecido la obligatoriedad de que las empresas cumplimenten, en todos los partes de incapacidad temporal que tienen que transmitir a través del Sistema RED (baja, confirmación y alta), tanto los dos dígitos correspondientes a la provincia en la cual ejerce su actividad el médico que emite la baja, así como su número de colegiación o, alternativamente, el código CIASS, medida de control dirigida a impedir la transmisión fraudulenta de partes de procesos de incapacidad temporal inexistentes.

Aunque lo indicado anteriormente supone una mejora evidente en el control de la prestación, esta medida resulta insuficiente en los procesos que corresponden a empresas no adheridas al Sistema RED.

Las mismas consideraciones deben ser efectuadas en relación con los procesos derivados de contingencias profesionales a cargo del INSS y del ISM, respecto de los que sólo esté disponible información económica (4.303 procesos del INSS y 26 del ISM, en el período analizado).

Con respecto a los datos de los procesos de contingencias profesionales a cargo de las MATEPSS, al ser ellas mismas las que emiten las bajas, no existe el riesgo de inexistencia del proceso de incapacidad temporal. En este caso, las cifras de procesos que sólo contenían información económica denotan exclusivamente los fallos existentes en el sistema de transmisión de partes médicos de las MATEPSS a través de CRET@, a los que se hace referencia posteriormente.

Con el fin de dar cumplimiento a la obligación legalmente establecida de enviar los partes médicos y económicos de incapacidad temporal y, en consecuencia, con objeto de disponer de la información completa de los procesos que permita mejorar su seguimiento y control, desde finales del año 2012, coincidiendo con los trabajos de fiscalización de este Tribunal, comenzó a implantarse en el INSS un procedimiento para reclamar los partes de baja y de alta que emiten los Servicios Públicos de Salud y el INGESA, y los de las empresas que transmiten a través del Sistema RED.

Aunque la implantación de este procedimiento, con el fin último de evitar que las empresas se practiquen deducciones indebidas de forma voluntaria o por error, debe considerarse muy positiva, en la comunicación que el INSS envía de forma centralizada a los Servicios Públicos de Salud les solicita la comprobación de la existencia de los procesos «en el menor tiempo posible», pero no les otorga un plazo para contestar ni se establecen las consecuencias de un eventual incumplimiento de la colaboración obligatoria que deben prestarse las Administraciones Públicas²⁰.

²⁰ Se ha comprobado que, a la fecha de finalización de los trabajos de fiscalización, en junio de 2013, el Servicio Madrileño de Salud todavía no había facilitado ninguna información sobre los procesos consultados por el INSS. Sin embargo, con fecha 12 de febrero de 2013, la Dirección Provincial del INSS en Barcelona ya había recibido del Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS) la información sobre los procesos de incapacidad temporal iniciados en el mes de diciembre, solicitada por los Servicios Centrales, en su escrito de fecha 22 de enero de 2013.

IV. GESTIÓN Y CONTROL DE LAS ENTIDADES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

El INSS, el ISM y las MATEPSS deben ejercer el control y el seguimiento de la prestación económica de incapacidad temporal, pudiendo realizar a tal efecto aquellas actuaciones que tengan por objeto comprobar el mantenimiento del derecho a la incapacidad temporal, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4 del 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.

Asimismo, independientemente de la colaboración obligatoria que las empresas deben realizar en la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal, anticipando al trabajador su importe y posteriormente minorando las cotizaciones a la Seguridad Social en la misma cuantía, existen otras empresas que, voluntariamente, pueden colaborar en la gestión de esta prestación económica, asumiendo el coste tanto de la asistencia sanitaria que lleva aparejada la incapacidad temporal como el importe de la propia prestación económica. En contrapartida, estas empresas tienen derecho a minorar sus cotizaciones a la Seguridad Social aplicando unos coeficientes reductores que son aprobados anualmente por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Existen dos sistemas de control sobre los procesos de incapacidad temporal en función de la duración de éstos:

a) Los que se realizan sobre procesos de incapacidad temporal de menos de 365 días y que corresponden tanto a los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA como a las MATEPSS, al INSS y al ISM.

b) Los que se realizan transcurrido el plazo de los mencionados 365 días, que corresponden exclusivamente al INSS e ISM.

A continuación se analizan los procedimientos de gestión y control, tanto generales como especiales, que tienen establecidos cada una de las entidades del sistema de la Seguridad Social (INSS, ISM y MATEPSS), así como las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal.

IV.1 Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

El Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social, establece que corresponde a esta entidad gestora el reconocimiento y control del derecho a las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, entre las que se encuentran las prestaciones económicas por incapacidad temporal.

En cada Dirección Provincial del INSS existe un Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), entre cuyas funciones destaca la de examinar la situación de incapacidad temporal y proponer al Director Provincial correspondiente los dictámenes-propuestas preceptivos, que no son vinculantes, sobre la situación de incapacidad temporal del trabajador.

El siguiente cuadro refleja el número de reconocimientos médicos realizados en las Direcciones Provinciales del INSS durante el ejercicio 2011 a trabajadores con procesos de incapacidad temporal de duración inferior a 365 días:

CUADRO 10

Revisiones de facultativos del INSS sobre procesos de incapacidad temporal de menos de 365 días

Ejercicio 2011²¹

Comunidades autónomas	Total Reconocimientos	Continuación en situación de incapacidad temporal	Alta médica (Inspección INSS)	Apertura expediente incapacidad permanente de oficio
Andalucía	91.889	77.617	12.097	2.175
Aragón	11.812	11.230	252	330
Principado de Asturias	14.628	12.790	1.712	126
Canarias	28.547	23.677	4.393	477
Cantabria	8.791	7.322	1.368	101
Castilla-La Mancha	8.993	8.180	515	298
Castilla y León	17.359	15.120	1.816	423
Extremadura	7.452	7.009	293	150
Galicia	31.641	26.177	4.662	802
Illes Balears	7.778	6.918	736	124
La Rioja	1.663	1.568	76	19
Madrid	38.469	36.709	1.488	272
Región de Murcia	10.994	9.638	1.266	90
Navarra	6.612	6.129	418	65
País Vasco	32.305	30.516	1.560	229
Valenciana	33.695	29.879	3.300	516
Ceuta	77	70	6	1
Melilla	1.383	1.207	168	8
TOTAL	354.088	311.756	36.126	6.206

Fuente: Información facilitada por el INSS.

Las CC.AA. en las que se realizaron un mayor número de reconocimientos médicos fueron Andalucía (el 25,95% del total), Madrid (el 10,86%) y Comunitat Valenciana (9,52%).

En el ejercicio 2011, el 88,05% de los reconocimientos tuvieron como consecuencia la declaración de prórroga de la situación de incapacidad temporal, el 10,20% la emisión de un parte de alta médica del trabajador, y sólo el 1,75% el inicio de un expediente de incapacidad permanente.

Por lo que respecta a las contingencias profesionales, transcurrido el plazo de 365 días las MATEPSS deben realizar una propuesta al INSS sobre la situación de incapacidad del trabajador, que debe ser aceptada o rechazada por éste. Si el INSS no discrepa de la propuesta efectuada por las MATEPSS en el

²¹ A la fecha de finalización de los trabajos de fiscalización en el INSS, y debido al periodo de duración máxima de la incapacidad temporal (2 años), esta Entidad Gestora solo disponía de información completa de la situación final de los reconocimientos médicos efectuados a 31 de diciembre de 2011.

plazo de 5 días se entiende aceptada la propuesta de la MATEPSS. Como se comenta posteriormente el INSS habitualmente no discrepa de la propuesta efectuada por las MATEPSS.

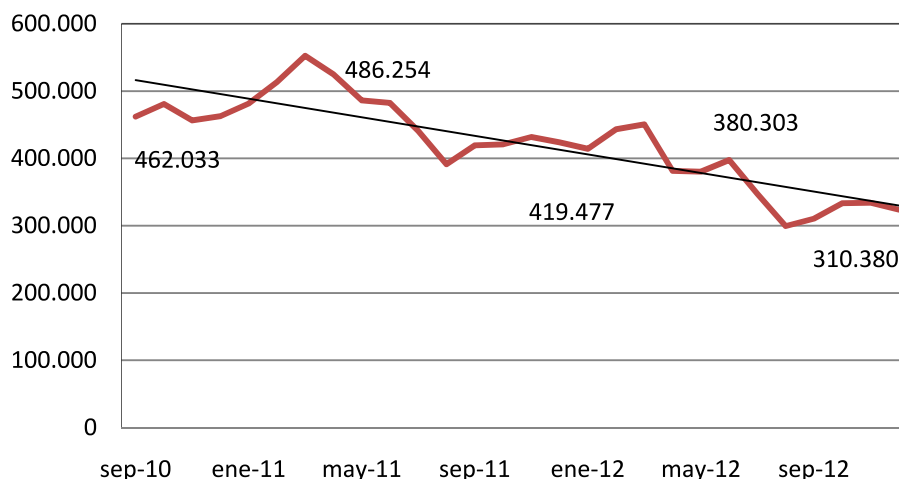
La forma habitual de hacer efectivo el pago de la prestación económica de incapacidad es mediante la colaboración obligatoria de las empresas, en virtud de la cual éstas pagan a sus trabajadores el importe correspondiente y, como se trata de una prestación a cargo de la Seguridad Social, posteriormente minoran en la misma cuantía sus cotizaciones sociales.

Con el fin de fiscalizar las deducciones practicadas por las empresas en concepto de incapacidad temporal, se solicitó a la TGSS una base de datos con todas las deducciones por incapacidad temporal practicadas en los Boletines de Cotización. Relación nominal de Trabajadores (en adelante documento TC2) y en los Boletines de Cotización a la Seguridad Social (en adelante documento TC1) durante el período de liquidación comprendido entre septiembre de 2010 y diciembre de 2012, (TGSS procesa la recaudación de cada mes con un retraso medio de tres meses)

Los datos globales obtenidos de dicha base de datos reflejan una significativa disminución en el número de deducciones practicadas por las empresas en concepto de pago delegado en el período analizado, según puede comprobarse en el gráfico siguiente:

GRÁFICO 5

Evolución del número de deducciones practicadas por las empresas en concepto de pago delegado
(Septiembre 2010-diciembre 2012)



Como cuestión previa conviene señalar que la TGSS no concilia los documentos TC1 y TC2 que justifican las cotizaciones a la Seguridad Social, lo que comporta un importante riesgo de que lo declarado en el documento TC2 por las empresas no sea lo efectivamente pagado por ellas e incluido en el documento TC1.

En particular, respecto a los controles existentes en el fichero de recaudación de la TGSS sobre las deducciones de incapacidad temporal se ha comprobado que:

— El fichero de recaudación de la TGSS no tiene establecido ningún control informático en relación con los importes de las deducciones de incapacidad temporal consignadas en los documentos TC2. Así, admite deducciones que, sin ninguna justificación, superan ampliamente los importes máximos deducibles cada mes, esto es, en términos generales, el 75% de las bases reguladoras máximas por contingencias comunes y el 75% de los topes máximos por contingencias profesionales (a modo de ejemplo se ha

verificado la existencia de una deducción indebida de un Ayuntamiento —CCC 11128120429736 y NAF 281017091012— por un proceso de enfermedad común que duró un día, por importe de 30.082,07 euros).

En otros supuestos, los importes excesivos se deben a que las empresas, contraviniendo la legalidad vigente, se habían deducido de una sola vez todo el período de incapacidad temporal, de duración superior a un mes.

— El fichero de recaudación de la TGSS no tiene establecido un control sobre el límite temporal para que las empresas se practiquen deducciones por el mismo proceso, a pesar de que la colaboración obligatoria de éstas cesa a partir de los 12 meses de duración de la incapacidad temporal, por lo que no pueden efectuarse deducciones transcurrido este período, a pesar de lo cual se ha comprobado la existencia de deducciones superando estos plazos, tal y como se analiza en el epígrafe siguiente²².

— El fichero de recaudación de la TGSS permite que se graben en los documentos TC2 deducciones de incapacidad temporal sin necesidad de cumplimentar los campos «desde» y «hasta». Y aunque tengan consignado el período por el que se practica la deducción, no se comprueba que se corresponda con la duración efectiva del proceso ni su coherencia con la cuantía del descuento practicado (a modo de ejemplo, puede consignarse un intervalo según los campos «desde» y «hasta» de 15 días, mientras que la deducción real puede ser de 30 días).

— El fichero de recaudación de la TGSS permite grabar varias deducciones por incapacidad temporal, en sucesivas declaraciones ordinarias, referidas al mismo mes.

— El fichero de recaudación de la TGSS no permite controlar la actuación de las empresas en relación con el diferimiento de incapacidad temporal. En consecuencia, algunas empresas difieren la incapacidad temporal sin tenerla concedida y, en sentido contrario, empresas con autorización para diferir la incapacidad temporal que se deducen en los meses en que dura la baja, dado que no existe control de la TGSS en esta materia.

— En relación con las bases reguladoras y topes máximos de cotización en los casos de pluriempleo, el fichero de recaudación de la TGSS no controla que la suma de las bases de cotización no exceda del máximo establecido, lo que repercute directamente en el cálculo de la incapacidad temporal.

La TGSS y las entidades gestoras establecieron un protocolo de intercambio de información por el cual éstas debían remitir los partes de incapacidad temporal a la TGSS. Este intercambio de información ha permitido que en la consulta de afiliación de los trabajadores esté disponible la información sobre los procesos de incapacidad temporal que figura en la aplicación de «inca pago delegado» que gestiona el INSS.

Independientemente de lo anterior, la TGSS no coteja los datos consignados en los documentos TC2 con los de los partes de incapacidad temporal de que dispone, por lo que existe el riesgo de que las empresas se estén practicando deducciones por procesos de incapacidad temporal inexistentes. Esta situación resulta ilógica, dado que la Seguridad Social dispone de los datos que le permitirían efectuar íntegramente este control.

IV.1.1 Gestión y control del pago delegado de las prestaciones de incapacidad temporal por el Instituto Nacional de la Seguridad Social

El procedimiento de control de las deducciones por pago delegado se regula en la Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, de 13 de abril de 2010, por la que se establecen, en el ámbito de las entidades gestoras de la Seguridad Social, de la Tesorería General de la Seguridad Social y de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, las actuaciones de control y verificación de las compensaciones en los documentos de cotización por pago delegado de la prestación de incapacidad temporal realizadas por las empresas y, en su caso, su ulterior reclamación.

Como se indica en la exposición de motivos de dicha Resolución, esta necesidad de regular procedimientos de control y recaudación comunes a las entidades gestoras y colaboradoras había sido ya advertida por el Tribunal de Cuentas, en el Informe de «Fiscalización de las relaciones financieras de la Tesorería General de la Seguridad Social con las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades

²² Según señala la TGSS en sus alegaciones, desde octubre de 2013, en las liquidaciones de empresas de menos de 15 trabajadores adheridas al Sistema RED Directo, es la propia TGSS la que ofrece al empresario la información que figura en el fichero INCA del INSS sobre las fechas en que el trabajador ha estado en situación de incapacidad temporal, por lo que dichas empresas no pueden practicarse deducciones si ha finalizado el plazo máximo del pago delegado. Según la TGSS, previsiblemente este proceso se ampliará a todas las liquidaciones en el marco del futuro modelo de control de recaudación por trabajador (proyecto CRET@).

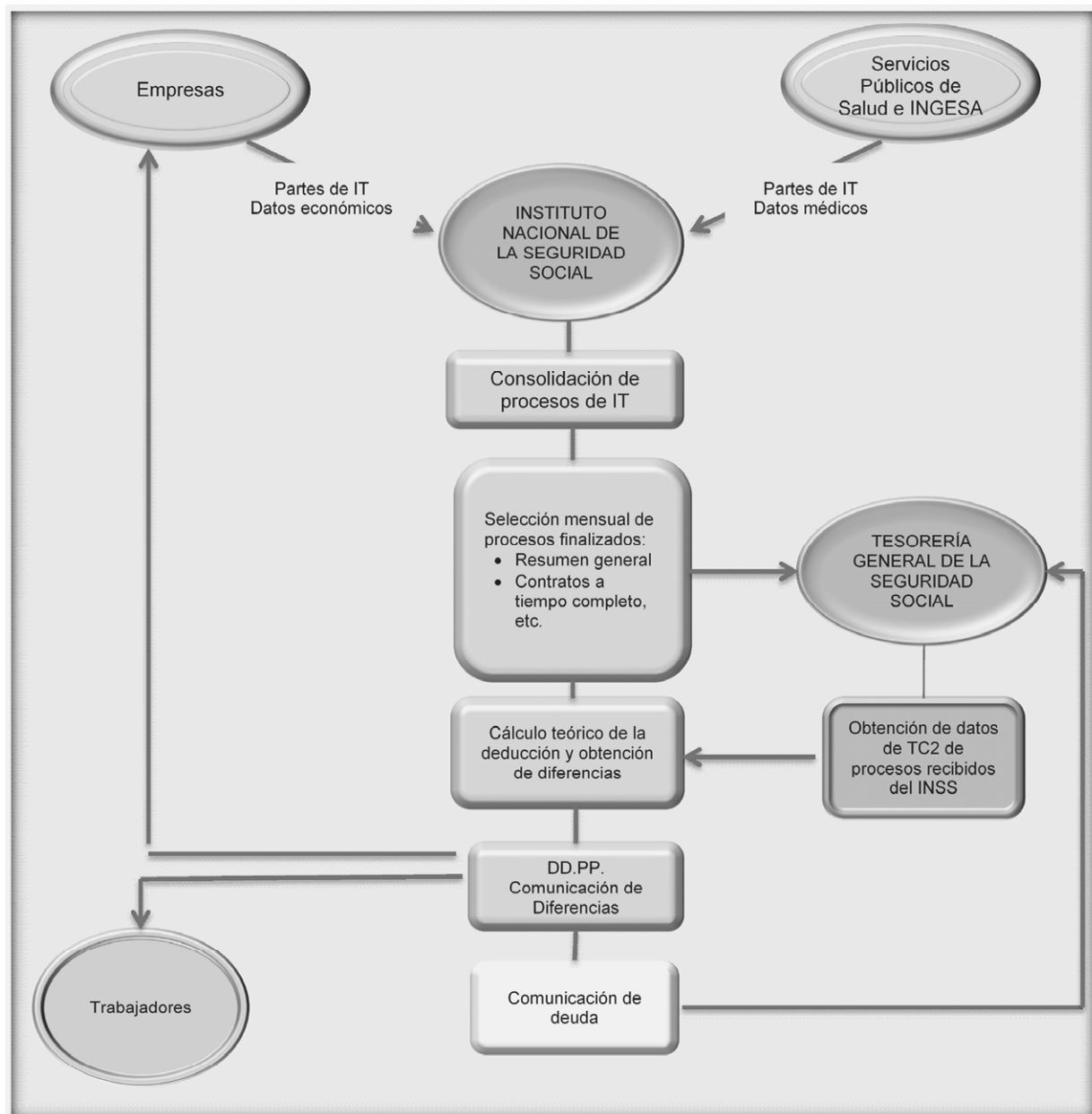
Profesionales de la Seguridad Social, con especial referencia a las operaciones del Fondo de Prevención y Rehabilitación», aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en sesión de 27 de enero de 2004.

La precitada Resolución de 13 de abril de 2010 pretende, entre otras cuestiones, que las deudas que se trasladaran a la TGSS hubieran sido previamente revisadas, depuradas y comunicadas a las empresas o trabajadores, por las entidades gestoras y colaboradoras, con el fin de que la reclamación de deudas improcedentes por la TGSS resultase lo más eficaz posible.

El esquema del proceso es el siguiente:

GRÁFICO 6

Esquema de procedimiento de control de deducciones desarrollado por el INSS



Se ha constatado que el procedimiento planteado por el INSS para la revisión de las deducciones por contingencias comunes y profesionales practicadas por sus empresas asociadas presenta significativas limitaciones que impiden que el control se efectúe de forma integral. La principal limitación se refiere a la

información que intercambian las entidades que intervienen en el proceso, ya que el INSS solo requiere de la TGSS información sobre determinados procesos y no sobre la totalidad de los mismos; es decir, el INSS se limita a intentar controlar una parte del total de los procesos de incapacidad temporal.

El procedimiento de revisión de los procesos de incapacidad temporal del INSS, tal y como está planteado, supone asumir el riesgo de que las empresas se estén practicando indebidamente deducciones de incapacidad temporal que nunca serán detectadas por el INSS, dado que existen procesos de incapacidad temporal que no son seleccionados por esta entidad gestora para el cruce informático. El volumen de procesos de incapacidad temporal no controlados informáticamente por el INSS fue del 64% en el período 2010-2012, cuyo control tampoco se efectuó manualmente por las Direcciones Provinciales del INSS, como se analiza posteriormente.

Esta situación se agrava por el hecho de que pueden existir deducciones indebidas para las que ni siquiera existe un proceso real de incapacidad temporal, al no estar soportado por los correspondientes partes de baja, por lo que el INSS tampoco las detectaría nunca.

Además, el procedimiento de revisión y control de los procesos que teóricamente fueron controlados informáticamente por el INSS tampoco resultó eficiente en el período fiscalizado, como se analiza en cada uno de los subepígrafes siguientes.

Por tanto, de acuerdo con lo señalado en los párrafos anteriores, se pueden distinguir tres tipos de situaciones en relación al control que ejerce el INSS sobre los procesos de incapacidad temporal y las deducciones practicadas por las empresas en virtud de dichos procesos:

- a) Deducciones practicadas por las empresas para las que no existe un proceso real de incapacidad temporal.
- b) Procesos de incapacidad temporal existentes en las aplicaciones informáticas del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que no son controlados por dicha entidad gestora.
- c) Procesos de incapacidad temporal existentes en las aplicaciones informáticas del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que sí son controlados por dicha entidad gestora.

Además, el INSS no dispone de una norma interna actualizada que regule el procedimiento de control del pago delegado. En el ejercicio 2000 se dictaron unas instrucciones provisionales para complementar la Circular 30/1985, de 31 de octubre, sobre control y seguimiento de la Incapacidad Laboral Transitoria (en las que consta la expresión: «en tanto en cuanto se dicte una nueva circular en la que se recoja y actualice las distintas actuaciones de control en materia de Incapacidad Temporal»), modificadas a través de instrucciones dispersas emitidas por correo electrónico desde los Servicios Centrales del INSS a las distintas Direcciones Provinciales.

IV.1.1.1 Deducciones de incapacidad temporal practicadas por las empresas para las que no existe un proceso real de incapacidad temporal

El Tribunal de Cuentas ha constatado que, aun cuando el control del INSS pudiera ser eficiente en relación con los procesos remitidos a la TGSS para su cruce informático (los cuales sólo suponen un 36% del total de los que están incluidos en la aplicación «inca pago delegado» para el período fiscalizado, como se analiza posteriormente), dicho control es inexistente en el caso de que el proceso no figure en la citada aplicación.

Así, en la aplicación «inca pago delegado» figuran aquellos procesos de incapacidad temporal para los que las empresas han transmitido los partes de baja de sus trabajadores a través del Sistema RED. Cuando una empresa trasmite el parte de baja de su trabajador por dicho Sistema, se activan inmediatamente los mecanismos de control médico del INSS (se cita al trabajador en consulta médica, se le realiza un seguimiento médico, etc.) y eventualmente, si se cumplen los criterios establecidos, se realizará el control económico de las deducciones que se haya practicado la empresa, mediante la solicitud, por parte del INSS a la TGSS, de dichas deducciones.

Sin embargo, si un proceso de incapacidad temporal no existiera (es decir, si el trabajador no estuviera de baja realmente), y la empresa asegurada por el INSS obviamente no remitiera ningún parte médico de baja (dado que no existe ningún proceso real de baja) a través del Sistema RED, dicha empresa podría practicarse deducciones indefinidamente, y por cualquier importe, que no serían revisadas ni reclamadas en ningún caso por el INSS, lo que supone un grave defecto de control interno en el sistema de la Seguridad Social.

Así, el proceso de control y recaudación de deducciones de incapacidad temporal instaurado entre el INSS y la TGSS no permite a la entidad gestora disponer del detalle de todas las deducciones a su cargo. En consecuencia, existe un riesgo cierto de deducciones practicadas por las empresas, de forma voluntaria o involuntaria, que no estén asociadas a un proceso real de incapacidad temporal soportado con los partes correspondientes.

Debido a la gravedad que a priori supone esta incidencia, aun con las posibles inexactitudes que pueda presentar la información sobre las deducciones de incapacidad temporal consignadas por las empresas en los documentos TC2, y los defectos e incongruencias en las bases de datos facilitadas al Tribunal, se efectuó el cruce informático entre las deducciones de que disponía la TGSS con los procesos de incapacidad temporal a cargo del INSS existentes en la base de datos de «inca pago delegado», obteniéndose los siguientes resultados, que evidencian aún más el riesgo de fraude en la gestión de las deducciones de incapacidad temporal derivado de los escasos controles internos de que dispone la Seguridad Social:

1.º Se han detectado hasta 14.340 deducciones por incapacidad temporal con origen en contingencias comunes practicadas a cargo del INSS, por importe de 15.613.061,33 euros, no amparadas ni por un parte médico de baja ni por un parte de baja transmitido por las empresas con los datos económicos, lo que evidencia la inexistencia del proceso de incapacidad temporal o la existencia de errores no resueltos en la remisión de los partes.

Es especialmente llamativo que, en estos casos, en la consulta de datos personales de los trabajadores en la base de datos de la TGSS, cuando se solicitan los procesos de incapacidad temporal de pago delegado pertenecientes a un NAF determinado, la información que ofrece la base de datos de la TGSS es literalmente la siguiente «El titular del NSS xxx no tiene situaciones de IT pago delegado en la base de datos del INSS, validadas por el Servicio Nacional de Salud, en el período solicitado».

Contra toda lógica, a pesar de la información que contiene esta base de datos, estas situaciones no limitan la posibilidad de que la empresa se practique deducciones de incapacidad temporal ilimitadamente, ni activa ningún mecanismo de intercambio de información entre la TGSS y el INSS que permita la verificación de la existencia del proceso de incapacidad temporal.

La casuística de las deducciones de incapacidad temporal sin proceso es muy variada. A título meramente enunciativo se señalan los siguientes hechos:

— Una empresa (CCC 011135110817285 y NAF 040028612585) venía practicándose deducciones de incapacidad temporal por enfermedad común desde diciembre de 2007 hasta mayo de 2013. El único proceso existente en la base de datos de «inca pago delegado» de este trabajador tenía su origen en una baja de fecha 17 de julio de 2007, si bien el proceso tenía fecha fin de ese mismo día por no reunir los días de carencia exigidos.

Durante el período de diciembre de 2007 a mayo de 2013, la empresa se había practicado un total de 66 deducciones indebidas en concepto de incapacidad temporal por un importe total de 60.300,34 euros. A este respecto conviene precisar que en este supuesto y otros similares, parte de la deuda indebidamente deducida por las empresas no será recuperada nunca por la Seguridad Social, dado que está prescrita, lo que ahonda aún más la necesidad de potenciar y mejorar estos controles.

— Una empresa (CCC 011145105014548) venía practicándose deducciones mensuales, por importe de 1.330 euros cada mes, desde julio de 2008 hasta junio de 2013, probablemente con origen en un proceso de baja de una trabajadora finalizado con fecha 18 de junio de 2008. En total, por dicha trabajadora (NAF 450023134929), cuyos dos apellidos coincidían exactamente con los de la titular de la empresa, se practicaron en dicho período unas deducciones indebidas por importe total de 79.800 euros²³.

— Un Ayuntamiento (CCC 011111100900773 y NAF 110072544845) se practicó deducciones indebidas desde septiembre de 2010 hasta mayo de 2012, por un proceso de baja finalizado con fecha 12 de julio de 2010. El motivo fue que el trabajador tenía formalizado con la entidad un contrato laboral hasta el 31 de agosto de 2010, y posteriormente ingresó como funcionario interino, con otro CCC, y el citado

²³ Sin embargo, en la consulta por trabajador de la TGSS no figuraban estas deducciones, ya que las cotizaciones habían sido transmitidas por la empresa a través de RED Directo, y por una deficiencia en la citada consulta de la TGSS estas cotizaciones únicamente pueden detectarse a través de la consulta por empresa. De no corregirse esta deficiencia de la TGSS, pueden quedar ocultas a los gestores de pago delegado del INSS, ISM y de las MATEPSS deducciones por incapacidad temporal practicadas por las empresas.

Ayuntamiento siguió practicándose 21 deducciones indebidas con el anterior CCC, por un importe total de 24.287,01 euros.

— La Comunidad de Madrid (CCC 011128102896378 y NAF 280423834016) se practicó deducciones de incapacidad temporal durante 19 meses por un proceso inexistente en la base de datos de «inca pago delegado», por un importe de 28.503,40 euros. No obstante, desde el Servicio Público de Salud se enviaron hasta seis partes con error, con múltiples incoherencias, que fueron rechazados por el INSS.

Al no existir el correspondiente proceso en la aplicación «inca pago delegado», ninguna de estas deducciones, ni las que se pudieran practicar en supuestos similares, fueron detectadas por el INSS y, consecuentemente, no han sido reclamadas, pudiendo estas deudas, en muchos supuestos, estar prescritas.

2.º Se detectaron deducciones indebidas practicadas en virtud de procesos que ya estaban finalizados y que nunca debieron haber generado deducción por incapacidad temporal (por no reunir el preceptivo período de carencia, por pasar a pago directo, por ser de corta duración, etc.). A título meramente enunciativo se señalan las siguientes:

— Una empresa (CCC 011108024714410 y NAF 250028701448) se estuvo practicando deducciones de incapacidad temporal por enfermedad común desde julio de 2009 hasta marzo de 2012, aun cuando en el mismo mes de la baja, producida con fecha 6 de julio de 2009, había finalizado el proceso de pago delegado de incapacidad temporal por haber pasado a pago directo. En total, dicha empresa se practicó 33 deducciones indebidas por un importe conjunto de 54.418,89 euros.

— La misma incidencia se constató en las deducciones practicadas por una empresa (CCC 011123100329122 y NAF 231020655440), con fecha de baja 28 de mayo de 2010 y fecha fin de proceso por pase a pago directo 10 de junio de 2010, con un total de 17 deducciones desde julio de 2010 hasta enero de 2012, cuya suma alcanzó el importe de 6.915,30 euros.

— También se detectó otro proceso, de corta duración y sin derecho a deducción, de fecha de baja 26 de enero de 2010 y fecha fin de proceso por alta de 5 de febrero de 2010, por el que se practicaron deducciones indebidas hasta enero de 2012 por un importe conjunto de 36.868,65 euros (CCC 011146017726628 y NAF 2803509506).

3.º En la base de datos de la TGSS existían procesos de pago delegado que generaron derecho a deducciones, pero las empresas continuaron, indebidamente, practicándose deducciones una vez que había finalizado el proceso.

El hecho de prorrogar la aplicación de deducciones una vez finalizado el proceso de incapacidad temporal al que están ligadas fue especialmente significativo respecto de algunas entidades, como en la Comunitat Valenciana, en la que en el período fiscalizado se acumularon más de 476 deducciones mensuales de incapacidad temporal, correspondientes a 89 trabajadores de esta Comunitat, en apariencia no legitimadas por un proceso de baja, cuyo importe total ascendió a 608.770,58 euros, entre ellos, los siguientes:

— Proceso de fecha de baja 3 de noviembre de 2009 y fecha de finalización 1 de diciembre de 2009, respecto del que siguieron practicándose deducciones indebidas, por importe de 41.494,02 euros, hasta abril de 2012 (CCC 011103108556067 y NAF 170065528783).

— Proceso de fecha de baja 21 de junio de 2010 y fecha fin por alta de 30 de septiembre de 2010, en el que la Comunitat Valenciana continuó practicándose deducciones de forma indebida hasta enero de 2012. El importe deducido en este período alcanzó la cifra de 21.545,51 euros (CCC 011112004050589 y NAF 120051543314).

— Proceso de fecha de baja 31 de octubre de 2008 y fecha fin por alta de 6 de febrero de 2009, en el que las deducciones indebidas se prolongaron hasta mayo de 2012, por importe de 40.379,51 euros (CCC 011146014119844 y NAF 460138977459).

— Proceso de fecha de baja 22 de febrero de 2010 y fecha fin por alta de 9 de junio de 2010. En este caso, la Comunitat Valenciana extendió indebidamente la práctica de deducciones hasta abril de 2012, por un importe conjunto de 35.138,50 euros (CCC 011103108556067 y NAF 0300927698).

— Proceso de fecha de baja 21 de abril de 2010 y fecha fin por alta de 11 de mayo de 2010. En este proceso las deducciones indebidas practicadas por la Comunitat Valenciana, por importe de 36.276,38 euros, se prolongaron hasta enero de 2012 (CCC011103010590764 y NAF 030090837908).

4.º Asimismo, se ha constatado la existencia de 822 deducciones con origen en contingencias profesionales a cargo del INSS, por importe de 742.283,51 euros, que no tenían asociado ningún proceso en la base de datos de «inca pago delegado». La falta de partes en procesos de contingencias profesionales es especialmente significativa, dado que, además, para estas contingencias es obligatoria su comunicación al Ministerio de Empleo y Seguridad Social vía internet (aplicación informática DELT@ o CEPROSS).

Debido a la falta de información centralizada sobre los expedientes de control manual de deducciones que gestionan las Direcciones Provinciales, no ha sido posible constatar fehacientemente si estas deducciones indebidas, que no estuvieron sometidas al control automatizado y que no fueron comunicadas a las citadas Direcciones Provinciales, pudieron ser conocidas y reclamadas, si bien la deducción por la empresa en los documentos TC2 por un tiempo tan prolongado apunta a su total desconocimiento por parte del INSS, por lo que todos los indicios inducen a concluir sobre su falta de reclamación.

Resulta improcedente que disponiendo las entidades que conforman el sistema de Seguridad Social de la información necesaria para verificar la existencia y duración de los procesos de incapacidad temporal, los defectos en el intercambio de información, control y explotación de dicha información impidan la detección de deducciones indebidas realizadas por las empresas.

Estas deficiencias están suponiendo la existencia de deducciones indebidamente practicadas por las empresas que no son detectadas por la Seguridad Social, con el consiguiente perjuicio para los fondos públicos. Esta situación se ve agravada por el hecho de que una parte de estas deudas nunca podrán ser recuperadas por la Seguridad Social, por estar prescritas.

IV.1.1.2 Procesos de incapacidad temporal existentes en las aplicaciones informáticas del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que no son controlados por dicha entidad gestora

Para realizar el control de las deducciones practicadas por las empresas correspondientes a las prestaciones satisfechas a sus trabajadores en situación de incapacidad temporal, el INSS tiene establecido un procedimiento mediante el cual remite mensualmente a la TGSS un fichero con una selección de los procesos de incapacidad temporal finalizados que figuran en su base de datos.

Durante los trabajos de fiscalización, para cada uno de los ejercicios analizados se solicitó del INSS información sobre el número de procesos de pago delegado de incapacidad temporal, tanto de los que remitía a la TGSS para su cruce informático como de los que no fueron remitidos. Esta información no pudo ser facilitada a este Tribunal por no disponer de ella la citada entidad gestora.

A falta de dicha información, se solicitó al INSS los ficheros de los procesos enviados a la TGSS y los devueltos al INSS, así como copia de la base de datos «inca pago delegado».

El análisis conjunto de la base de datos de «inca pago delegado» (referida exclusivamente a los procesos finalizados desde el 1 de octubre de 2010 a 31 de diciembre de 2012²⁴) y de los ficheros enviados a la TGSS para su cruce con los datos de recaudación, ha permitido constatar que el número de procesos enviados a la TGSS por el INSS para el control de las deducciones practicadas por las empresas representó únicamente el 36% sobre el número total de procesos a cargo del INSS finalizados en el mismo período.

En consecuencia, el porcentaje de procesos no controlados ni informáticamente por los Servicios Centrales del INSS ni manualmente por sus Direcciones Provinciales fue del 64%, es decir, un total de 1.915.242 procesos nunca fueron controlados por el INSS, lo que supone un grave defecto de control interno sobre estos procesos y representó un riesgo de fraude a la Seguridad Social respecto a las deducciones de incapacidad temporal. El detalle por tipo de contingencia y período de fin de proceso se muestra en el cuadro siguiente:

²⁴ El Tribunal de Cuentas cruzó las bases de datos del INSS y de la TGSS con procesos finalizados a dicha fecha debido a que, en el momento del requerimiento de la base de datos de recaudación a la TGSS, ésta sólo disponía de datos definitivos a 31 de diciembre de 2012.

CUADRO 11

Procesos de pago delegado no controlados por el INSS

Octubre de 2010 a diciembre de 2012

Período fin de proceso	Procesos de pago delegado		
	TOTAL	Procesos no controlados	
	N.º	N.º	%
CONTINGENCIAS COMUNES			
Oct-dic 2010	400.266	264.519	66,1
Ejercicio 2011	1.454.874	903.083	62,1
Ejercicio 2012	1.104.551	726.286	65,8
TOTAL	2.959.691	1.893.888	64,0
CONTINGENCIAS PROFESIONALES			
Oct-dic 2010	3.603	2.490	69,1
Ejercicio 2011	14.162	9.132	64,5
Ejercicio 2012	13.373	9.732	72,8
TOTAL	31.178	21.354	68,6
TOTAL PROCESOS DE PAGO DELEGADO	2.990.829	1.915.242	64,0

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

Como se desprende del cuadro anterior, con el sistema actual de intercambio de información establecido entre el INSS y la TGSS, en el período fiscalizado un 64% de los procesos de incapacidad temporal de pago delegado derivados de contingencias comunes y un 68,6% de los procesos de incapacidad temporal de pago delegado de contingencias profesionales no fueron sometidos a control alguno por el INSS²⁵.

Esta falta de control reviste una especial relevancia y gravedad si se tiene en cuenta que del total de procesos no controlados por el INSS por contingencias comunes (1.893.888) las empresas practicaron deducciones por un importe estimado en, al menos, 1.185.259²⁶ miles de euros, gasto que no fue controlado informáticamente por el INSS ni manualmente por sus Direcciones Provinciales, lo que representa un riesgo de que la Seguridad Social esté abonando prestaciones de incapacidad temporal sin ningún control. De los procesos no controlados por contingencias comunes (1.893.888), las empresas practicaron deducciones sin tener derecho a ello, tanto por no estar de alta en la Seguridad Social los trabajadores (254 procesos), como por no tener el período de cotización mínimo (217 procesos), por unos importes indebidos que ascendieron, al menos, a 627.141 y 226.750 euros, respectivamente, según se deduce de la información del fichero de la TGSS que contiene las deducciones practicadas durante el período fiscalizado.

²⁵ En estas cifras se incluye también la totalidad de los procesos a cargo del INSS asumidos por el SEPE, respecto de los que el INSS no intercambia información con el SEPE y sobre los que no tiene establecido ningún control de pago delegado.

²⁶ Este importe se ha obtenido solo de las liquidaciones ordinarias por contingencias comunes remitidas por la TGSS referidas, exclusivamente, al período de octubre de 2010 a diciembre de 2012, sin incluir las liquidaciones de períodos anteriores que también fueron imputadas al presupuesto de gastos por el INSS por lo que, razonablemente, esta cifra será mayor.

Esta situación constituye, por sí sola, una razón fundamental para modificar el sistema actual y sustituirlo por otro que permita el control integral de las deducciones de incapacidad temporal de pago delegado; si bien, aun disponiendo de la totalidad las deducciones practicadas por las empresas a su cargo en los documentos TC2, la determinación del importe exacto de las deducciones por incapacidad temporal resultaría compleja en un gran número de procesos (contratos a tiempo parcial, reducciones de jornada, etc.), no obstante, esta limitación podrían ser subsanada mediante estimaciones previas como realizan las MATEPSS fiscalizadas.

IV.1.1.3 Procesos de incapacidad temporal existentes en las aplicaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que si son controlados por dicha entidad gestora

El fichero que envía mensualmente el INSS a la TGSS con una selección de los procesos de incapacidad temporal finalizados en un mes determinado se procesa con cuatro meses de retraso²⁷. Los criterios de selección de estos procesos remitidos a la TGSS, y que en el período fiscalizado representaron el 36% del total de los procesos de pago delegado, son, con carácter general, los siguientes:

- Procesos finalizados en el mes al que se refiere el cruce.
- Procesos de pago delegado cuya entidad de incapacidad temporal es el INSS.
- Procesos del Régimen general (excepto artistas, profesionales taurinos y representantes de comercio y de CCC del SEPE).
- Procesos con CCC cumplimentado.
- Procesos que no tengan informada la fecha de cambio de entidad.
- Procesos de trabajadores con contrato a tiempo completo o que en la aplicación «inca pago delegado» no esté informado el tipo de contrato.
- Procesos de trabajadores en situación de alta en la empresa durante el período máximo de la incapacidad temporal (365 días).
- Procesos cerrados con fecha fin (tengan o no parte de alta transmitido). Si los procesos están cerrados sin fecha de alta sólo se envían al cruce los que se cierran por pase a pago directo (por haber transcurrido 365 días).
- Además de los criterios anteriores, en los procesos de contingencias profesionales se seleccionan los que tienen cumplimentados los datos económicos, es decir, se excluyen los que tienen sólo datos médicos.

Para que el INSS envíe un proceso al cruce informático con la TGSS ha de cumplir todos los requisitos anteriores. Con la aplicación de estos criterios de selección, el INSS pretendía discriminar los procesos respecto de los cuales es posible efectuar un cálculo exacto de la prestación de incapacidad temporal de aquellos cuyo importe no se puede determinar con fiabilidad. De ahí la exclusión, entre otros, de los procesos de trabajadores con contrato a tiempo parcial, en los que el cómputo de la base reguladora no siempre es posible con los datos que ofrece el empresario en el documento TC2, lo que imposibilita el cálculo automatizado de la prestación de incapacidad temporal, por lo que los controles del INSS son proporcionalmente menores dado el incremento que se está produciendo en el mercado laboral de este tipo de contratos.

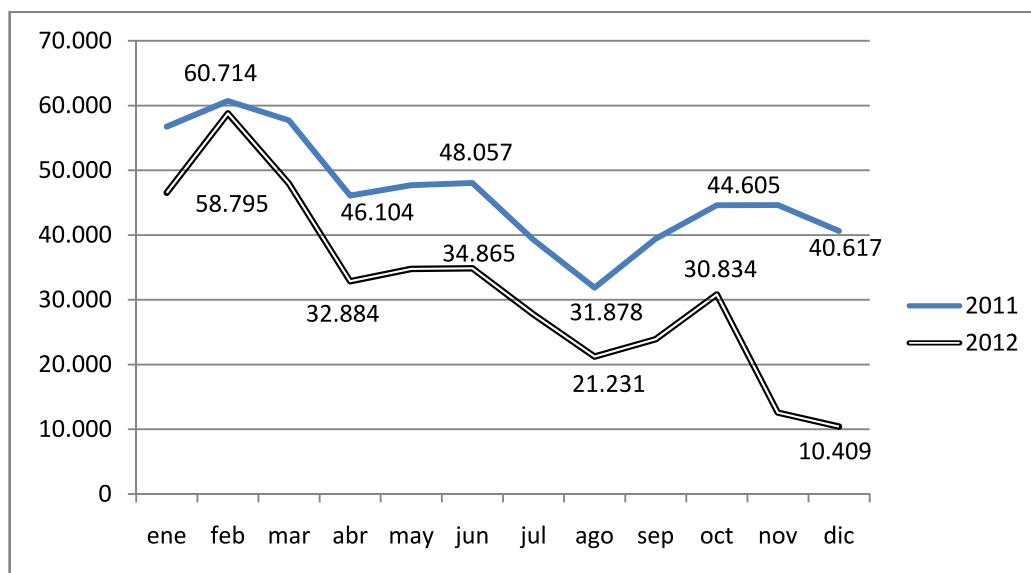
El análisis de los ficheros de los procesos enviados por el INSS a la TGSS y los devueltos, así como la base de datos de procesos de «inca pago delegado», ha permitido evidenciar la importante disminución en el número de procesos de pago delegado de incapacidad temporal que se envían mensualmente desde el INSS a la TGSS para su cruce con los datos disponibles en el fichero de recaudación. La evolución mensual correspondiente a los dos últimos ejercicios analizados (2011 y 2012) se muestra en el gráfico siguiente, donde puede observarse que el número de procesos finalizados en el mes de diciembre de 2012 enviados a la TGSS (un total de 10.409 procesos) fue netamente inferior (en un 81,7%) al de procesos finalizados en el mes de enero de 2011 (40.617) que fueron remitidos a la TGSS.

²⁷ A modo de ejemplo, los procesos finalizados en junio de 2012 se remitieron a la TGSS en el mes de octubre del mismo ejercicio.

GRÁFICO 7

Evolución mensual de procesos de incapacidad temporal de pago delegado a cargo del INSS remitidos a la TGSS

Ejercicios 2011 y 2012



Asimismo, puede comprobarse que esta tendencia a la baja en los procesos remitidos a la TGSS presentó un comportamiento similar, en términos comparativos, durante los diez primeros meses de 2011 y 2012, produciéndose repentes en las cifras de procesos finalizados en los meses de febrero, junio y octubre de ambos ejercicios, precedidos de importantes disminuciones que culminaron en los meses de abril y agosto.

En total, en el ejercicio 2012 se enviaron a la TGSS un total de 382.517 procesos a cargo del INSS, cifra un 31,4% inferior al número total de procesos enviados en el ejercicio precedente (557.483 procesos)²⁸.

Además, se ha podido comprobar que aunque la mayor parte de los procesos que se envían periódicamente al cruce corresponden a procesos finalizados en cada mes de referencia, junto a ellos es habitual el envío de procesos finalizados en meses anteriores.

El procedimiento de gestión de los resultados obtenidos en el cruce informático consta de dos partes netamente diferenciadas: a) el tratamiento de la información recibida de la TGSS (cálculo del valor teórico y detección de diferencias) desarrollado en el ámbito de los Servicios Centrales del INSS; y b) la revisión y reclamación de las diferencias, efectuadas de forma descentralizada desde las Direcciones Provinciales del INSS.

IV.1.1.3.1 Cálculo del valor teórico y detección de diferencias

Una vez recibidos los datos de la TGSS, el INSS calcula el valor teórico de las deducciones de incapacidad temporal y cuantifica las diferencias existentes. Los datos facilitados por el INSS en relación con el tratamiento informático realizado, para el período 2010-2012, son los siguientes:

²⁸ En el análisis anterior se ha prescindido de los datos de los procesos enviados al cruce correspondientes al último trimestre de 2010, ya que en el fichero perteneciente a los procesos finalizados en el mes de diciembre de dicho ejercicio se produjo una distorsión en el curso habitual del proceso de envío. Así, con el fin de dar cumplimiento a las previsiones de la Resolución de 10 de mayo de 2010, y depurar previamente las posibles deudas reclamables por la TGSS, se enviaron un total de 209.502, de los cuales sólo un 21,5% (45.007) correspondió a procesos finalizados en el mes de diciembre.

CUADRO 12

Resultados del tratamiento de los procesos de pago delegado efectuado por el INSS

Ejercicio	Total procesos tratados (A)	Resultados tratamiento en el INSS						
		Con cálculo de valor teórico		Sin posibilidad de cálculo de valor teórico				
		Total con VT (B)	% (B) / (A)	CCC sin TC2	Sin bases	Otros	Total sin VT (C)	% (C) / (A)
2010	532.749	498.559	93,6%	3.251	64	30.875	34.190	6,4%
2011	557.483	509.256	91,3%	4.428	128	43.671	48.227	8,7%
2012	382.517	343.794	89,9%	3.123	32	35.568	38.723	10,1%
TOTAL	1.472.749	1.351.609	91,8%	10.802	224	110.114	121.140	8,2%

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

De acuerdo con los datos precedentes, en los ejercicios 2010, 2011 y 2012, el INSS no pudo calcular el valor teórico del 8,2% del total de los procesos seleccionados para el cruce estipulado con la TGSS. Dicho porcentaje, referido sólo al ejercicio 2012, se elevó hasta el 10,1%.

Según se desprende del cuadro anterior, en cuanto a las posibles causas de la imposibilidad de calcular el valor teórico cabe destacar lo siguiente:

— Los procesos con deducciones no calculadas por falta del documento TC2 ascendieron a 10.802. En este caso, las empresas no se practicaron ninguna deducción.

— La falta de información sobre las bases de cotización detectada por la TGSS en los documentos TC2 ha afectado a 8.933 procesos²⁹, pero esta falta de información fue suplida por el INSS con la existente en las bases aportadas por las empresas en los partes de incapacidad temporal en un 97% de los casos, quedando sólo 224 procesos sin controlar por dicha causa.

— El riesgo de deducciones indebidas por falta de control sólo existió en los 110.114 procesos cuyo valor teórico no pudo ser calculado por otras causas diversas no especificadas por el INSS. En todo caso, estos procesos no son comunicados a las Direcciones Provinciales del INSS, por lo que no existe ningún control sobre ellos, con el consiguiente riesgo de deducciones indebidas por incapacidad temporal. Es decir, de los procesos controlados informáticamente (en número de 1.472.749), el 7,48% de los mismos (110.114 casos) tampoco son objeto de control por parte del INSS.

En definitiva, en el período 2010-2012, el INSS pudo efectuar el análisis comparativo de las deducciones practicadas por las empresas en los documentos TC2 con el valor teórico calculado por el propio INSS en relación con un total de 1.351.609 procesos (91,8% del total), con los resultados siguientes:

²⁹ La TGSS no tenía información sobre las bases de cotización en 8.933 procesos, pero el INSS sí tenía información del 97% de éstos, que fueron aportados por las empresas.

CUADRO 13

Clasificación de procesos de pago delegado con cálculo de valor teórico efectuado por el INSS

Ejercicio	Con cálculo de valor teórico (VT)								
	Con diferencias					Sin diferencias		Total con cálculo VT (C)	
	Sólo a reclamar	Sólo a devolver	Reclamar y devolver	Dif. < Importe mínimo	Total con dif. (A)	% (A)/(C)	Total sin dif. (B)		% (B)/(C)
2010	20.508	26.882	12.552	46.355	106.297	21,3	392.262	78,7	498.559
2011	16.560	23.884	11.859	48.935	101.238	19,9	408.018	80,1	509.256
2012	9.738	14.898	7.637	32.786	65.059	18,9	278.735	81,1	343.794
TOTAL	46.806	65.664	32.048	128.076	272.594	20,2	1.079.015	79,8	1.351.609

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

Como se puede observar, el número de procesos sin diferencias entre los parámetros comparados (deducciones en documentos TC2 y deducciones calculadas por el INSS), en los ejercicios de referencia ascendió a 1.079.015, que equivale al 79,8% del total. En el 20,2% restante (272.594 procesos), el INSS detectó diferencias, con este desglose:

— Los saldos a favor del INSS por deducciones practicadas en los documentos TC2 indebidamente (columna «sólo a reclamar»), que corresponden a un total de 46.806 procesos, supusieron el 17% de los que presentaban diferencias. Estos procesos son analizados posteriormente por las Direcciones Provinciales del INSS y son reclamados, en su caso, a la empresa o al trabajador.

— Un 24% de los procesos, en número de 65.664, corresponde a aquellos cuyas diferencias resultaron exclusivamente a favor de las empresas (columna «sólo a devolver»). En estos supuestos las empresas o no se habían practicado la deducción por incapacidad temporal teniendo derecho a ella o la habían efectuado en un importe menor al legalmente establecido.

Sobre este aspecto hay que indicar que el INSS no devuelve de oficio estas cantidades a favor de las empresas ni tampoco les advierte del saldo existente a su favor, por lo que aquéllas sólo podrán resarcirse si tienen conocimiento de esta situación por sus propios medios y solicitan el reintegro de las cantidades satisfechas a sus trabajadores en concepto de incapacidad temporal, no deducidas en tiempo y forma en los boletines de cotización.

— Aun cuando el INSS efectúa el control de las deducciones de pago delegado cuando los procesos han finalizado, las diferencias se calculan mes a mes, pudiendo existir en unos meses saldos a favor y en otros saldos en contra. Esta situación se produjo en 32.048 procesos (el 11,8%) de los casos con diferencias detectadas por el INSS.

Aunque las reclamaciones a las empresas se analizan posteriormente, cabe adelantar que, en estos casos, la mayoría de las Direcciones Provinciales del INSS reclaman sólo los saldos que resultan a su favor sin compensar los saldos a favor de aquéllas existentes en el mismo proceso; y sólo si la empresa lo pone de manifiesto en el trámite de alegaciones se produce la compensación entre unas y otras cantidades.

— Casi la mitad de los procesos con diferencias (128.076 casos, el 47%) correspondió a procesos con deudas a favor del INSS pero que no se reclamaron por no superar la cantidad de 15,97 euros (3% del Indicador público de renta de efectos múltiples —IPREM— fijado por la TGSS), cuantía mínima que no supera el coste de gestión de estas deudas (columna Dif. < importe mínimo).

Con la información anterior (una vez detraídos los procesos que presentan sólo saldo a favor del INSS y los de importe a su favor que no superan el mínimo establecido) se generan distintos listados de procesos, clasificados en función de la incidencia o de la situación que presentan, que se trasladan a las Direcciones Provinciales del INSS para su control y tramitación. El análisis del fichero de resultados del

cruce con los documentos TC2 facilitado por el INSS ha permitido obtener el detalle de estos procesos para el período de octubre de 2010 a diciembre de 2012, cuya distribución por tipo de listado era la siguiente:

CUADRO 14

Procesos de pago delegado con diferencias detectadas a favor del INSS

Octubre de 2010 a diciembre de 2012³⁰

N.º de listado	Tipo de procesos	N.º de procesos				% / Total procesos
		Oct a dic 2010	2011	2012	Total	
1	Sin carencia	100	541	300	941	1,9
2	Con descuentos Otra contingencia	636	2.213	1.089	3.938	8,1
4	Con diferencias a reclamar	1.823	6.344	3.858	12.025	24,6
6	Con liquidaciones complementarias	1.447	5.561	3.072	10.080	20,6
7	Con otros procesos en el mes	434	1.812	1.057	3.303	6,8
8	Con pago diferido	1.810	9.512	7.091	18.413	37,7
9	Sin cotización en TC2	16	116	32	164	0,3
TOTAL PROCESOS CON DIFERENCIAS		6.266	26.099	16.499	48.864	100

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

Como se desprende del cuadro anterior, en consonancia con la disminución del 31,4% (gráfico 7, incluido anteriormente) en el número de procesos enviados desde el INSS a la TGSS en el ejercicio 2012 con respecto al ejercicio anterior, el de casos susceptibles de notificación por las Direcciones Provinciales del INSS en 2012 (16.499) fue inferior en un 36,8% al de procesos que les fueron enviados en 2011 (26.099).

De acuerdo con las instrucciones del INSS, las Direcciones Provinciales pueden notificar directamente a las empresas las diferencias mensuales a favor del INSS de los procesos de los listados 1 y 4 («sin carencia» y «con diferencias a reclamar»), debiendo controlar manualmente las de los demás listados con carácter previo a su envío.

En consecuencia, la aplicación diseñada por el INSS para el cálculo de las diferencias no resuelve de forma automatizada los casos de procesos con descuentos correspondientes a otra contingencia (listado 2), o con otros procesos en el mes (listado 7). Asimismo, no permite calcular de forma automatizada las diferencias de los procesos con liquidaciones complementarias.

Por tanto, el INSS tiene diseñada una herramienta informática que, en la actualidad, sólo le permite calcular de forma automatizada los importes ciertos en el 26,5% de los procesos que presentan diferencias, y ni siquiera con la fiabilidad debida, como se expone más adelante.

IV.1.1.3.2 Procedimiento de revisión y reclamación de diferencias efectuado en las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Una vez que los Servicios Centrales del INSS han realizado el cálculo mensual de las diferencias entre las deducciones que las empresas se han practicado y las que les hubiera correspondido realmente, aquéllos envían mensualmente a las Direcciones Provinciales los listados correspondientes a cada una

³⁰ Esta Fiscalización comprende los procedimientos de gestión y control sobre la incapacidad temporal aplicados vigentes en el ejercicio 2011, si bien existe un desfase temporal entre las comunicaciones de los procesos de incapacidad temporal y su imputación al presupuesto, por lo que ha sido preciso obtener información de ejercicios anteriores y posteriores.

de ellas con las diferencias detectadas, para que éstas efectúen su revisión y reclamen, en su caso, las deducciones incorrectamente realizadas.

Para facilitar a las Direcciones Provinciales del INSS el proceso de notificación a las empresas (y en su caso a los trabajadores) de las deducciones indebidas de pago delegado de incapacidad temporal detectadas en el cruce automático, así como el tratamiento de las alegaciones y reclamaciones previas formuladas y el ulterior traslado de la deuda a la TGSS para su recaudación, desde los Servicios Centrales del INSS se habilitó en la aplicación «inca pago delegado» un menú denominado «Comunicación de diferencias en deducciones por p.d.», cuya utilización, según se ha podido constatar, ha resultado limitada por las siguientes razones:

— El control de deducciones se venía efectuando por las Direcciones Provinciales con sus aplicaciones informáticas propias, en algunos casos más eficientes que la desarrollada desde los Servicios Centrales del INSS.

— Su ámbito de aplicación es muy reducido, debido a que sólo ofrece información sobre los procesos de los listados números 1 y 4 de cada Dirección Provincial, esto es, de los procesos respecto de los que los Servicios Centrales del INSS ha dispuesto que pueden ser remitidos sin previa comprobación de los resultados.

— Es una aplicación muy hermética que no permite grabar cualesquiera otros procesos controlados manualmente (tanto los del resto de listados obtenidos del cruce como los detectados por las Direcciones Provinciales en el desarrollo de sus funciones administrativas).

— En ocasiones, tampoco es posible gestionar los procesos de los listados que se controlan a través de la aplicación, debido al fallo de planificación del cruce que se efectúa con la TGSS, dado que la información que se recibe para cada proceso, es la referente a todas las deducciones practicadas desde su inicio hasta su finalización, al que se añade un mes más si la empresa ha seguido practicándose deducciones de forma indebida. En consecuencia, si la empresa siguiera deduciéndose en los meses ulteriores, el cruce informático no lo detectaría; y, en caso de que la Dirección Provincial detectara esta incidencia, aun tratándose de procesos de los listados 1 y 4, no podría grabar en la aplicación los meses posteriores, por lo que tendría que recurrir a otra herramienta para efectuar la notificación a la empresa.

Por todo ello, algunas Direcciones Provinciales que ya disponían de una aplicación previa mediante la que gestionaban ambos tipos de expedientes (los detectados de forma automatizada a través del cruce con la TGSS y los detectados por las Direcciones Provinciales con sus propios medios), no dejaron de utilizarla cuando se creó la aplicación centralizada, mientras que otras simultanearon la utilización de ambas aplicaciones.

Lo anterior ha supuesto, en definitiva, la existencia de importantes diferencias en la gestión desarrollada por las Direcciones Provinciales del INSS en Barcelona, Madrid, Pamplona y Santander, sobre todo en relación con el control manual. En concreto, dichas diferencias son las siguientes:

1) En relación con el tratamiento de los listados de diferencias obtenidos del cruce entre las Direcciones Provinciales del INSS y la TGSS, las discrepancias en la gestión realizada por las Direcciones Provinciales fiscalizadas se producen debido a que existe la posibilidad de que éstas reclamen directamente, sin necesidad de verificación, los listados de procesos sin carencia (listado 1) y los procesos con diferencias a reclamar por el INSS (listado 4). Por otra parte, las Direcciones Provinciales deben verificar «de forma manual» si procede o no efectuar la reclamación en los procesos incluidos en el resto de listados (listados 2, 6, 7 y 8).

Así, algunas realizaban las reclamaciones sin realizar comprobaciones previas o bien únicamente comprobaciones parciales, mientras que otras revisaban la totalidad de los procesos incluidos en los listados.

En concreto, la Dirección Provincial de Madrid era la única que enviaba, sin comprobación previa, todas las comunicaciones referentes a las diferencias detectadas en el control automático de los listados 1 y 4, y no lo realizaba a través de la aplicación «inca pago delegado», sino mediante una aplicación diseñada en la propia Dirección Provincial pero con los cálculos efectuados por los Servicios Centrales.

Asimismo, la Dirección Provincial de Madrid era la única en la que no se procedía a la revisión manual de los procesos incluidos en los otros listados, por lo que dejó de controlar el 83,2% del total de 8.159 procesos que le habían sido remitidos entre el 1 de octubre de 2010 y 31 de diciembre de 2012.

Las restantes Direcciones Provinciales fiscalizadas revisaban la totalidad de los procesos de los listados con carácter previo a la emisión de las comunicaciones dirigidas a empresas y trabajadores, incluso los de los listados 1 y 4, a causa de los innumerables errores que, según información facilitada por dichas Direcciones Provinciales, contenían los cálculos efectuados de forma automática.

La diferencia entre estas Direcciones Provinciales era que mientras que las de Pamplona y Santander lo hacían de forma manual, en la de Barcelona existía una aplicación, creada al efecto por su Servicio de Informática, que lo hacía de forma automatizada, a través del tratamiento de la información recibida de la TGSS referente a su ámbito de actuación, la cual permitía realizar el cálculo automático de las diferencias correspondientes a los procesos de todos los listados, incluidos los procesos con declaraciones complementarias, imposibles de tratar de forma automatizada desde los Servicios Centrales del INSS (incluso, a diferencia de la aplicación de los Servicios Centrales, tomaba en consideración las liquidaciones complementarias).

Las estadísticas siguientes, facilitadas desde los Servicios Centrales del INSS, muestran los datos de las cantidades «reclamables» a priori por cada una de las Direcciones Provinciales fiscalizadas³¹, así como las efectivamente notificadas a las empresas:

CUADRO 15

Importes de las deducciones indebidas de pago delegado notificadas a las empresas por las Direcciones Provinciales del INSS.

Ejercicios 2011 y 2012

Direcc. Prov.	2011		2012		TOTAL		Dif (3)	% (3)/(1)
	Importe a reclamar	Importe notificado	Importe a reclamar	Importe notificado	Total importe a reclamar (1)	Total importe notificado (2)		
Barcelona	569.388,80	2.063.961,49	350.175,41	1.000.300,47	919.564,21	3.064.261,96	2.144.697,75	233,2
Madrid	437.247,18	693.397,60	236.431,91	275.589,37	673.679,09	968.986,97	295.307,88	43,8
Pamplona	78.393,23	37.263,47	25.141,99	33.782,86	103.535,22	71.046,33	-32.488,89	-31,4
Santander	39.922,50	114.951,35	12.198,41	132.111,68	52.120,91	247.063,03	194.942,12	374,0
RESTO	2.929.220,82	4.385.980,82	1.731.382,18	4.242.115,19	4.660.603,00	8.628.096,01	3.967.493,01	85,1
TOTAL	4.054.172,53	7.295.554,73	2.355.329,90	5.683.899,57	6.409.502,43	12.979.454,30	6.569.951,87	102,5

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

Como se desprende del cuadro anterior, las diferencias a favor del INSS, detectadas en la Dirección Provincial de Barcelona, superaron en un 233,2% a la cifra calculada desde los Servicios Centrales, fundamentalmente por dos razones:

a) Por la mayor eficiencia de la aplicación utilizada por esta Dirección Provincial con respecto a la diseñada por los Servicios Centrales del INSS para el cálculo de deducciones indebidas practicadas por las empresas en los documentos de cotización.

b) Por la existencia de otro procedimiento de control de deducciones de pago delegado (controles específicos del artículo 131), al margen de los que comparte con otras Direcciones Provinciales (como por ejemplo, incumplimientos empresariales).

Todo ello supuso que se notificara a las empresas y a los trabajadores de su ámbito competencial un importe superior en 2.144.697,75 euros al inicialmente previsto.

³¹ Si se analiza el conjunto de datos de todas las Direcciones Provinciales del INSS, existen notables diferencias de gestión entre unas y otras. Resulta especialmente significativa la falta total de control advertida, en el ejercicio 2011, en las Direcciones Provinciales del INSS en Ciudad Real, Guipúzcoa, Murcia y Tarragona.

Esta cifra, sin embargo, ascendió únicamente a 295.307,88 euros en la Dirección Provincial de Madrid (un 43,8% superior a la deuda susceptible de reclamación según las estimaciones de los Servicios Centrales), consecuencia lógica de la falta de control de la totalidad de los procesos de los listados reseñada anteriormente.

En la Dirección Provincial del INSS en Santander se notificaron diferencias detectadas manualmente por importe de 194.942 euros, a pesar de que en el ejercicio 2011 no se controlaron los 101 procesos de los listados de los meses de mayo y septiembre, sin motivo aparente para ello, siendo así que aparecían en los listados 1 y 4 (susceptibles de reclamación) comunicados por los Servicios Centrales del INSS. Esta falta de control no fue detectada ni reclamada desde aquéllos.

Por el contrario, en la Dirección Provincial del INSS en Pamplona, las cifras notificadas fueron inferiores a las que figuraban en los listados 1 y 4, probablemente porque, como resultado de la revisión efectuada con carácter previo a su notificación, debieron descartarse algunos procesos por improcedentes.

A pesar de las diferencias advertidas entre las Direcciones Provinciales, los Servicios Centrales del INSS no han adoptado las medidas necesarias para procurar la misma eficiencia en todas ellas. Además, aquéllos tampoco verifican mensualmente si las Direcciones Provinciales efectúan el control de los listados que se les remiten, pudiendo existir meses no controlados en su totalidad.

De igual forma, los Servicios Centrales del INSS no analizan el procedimiento establecido en cada Dirección Provincial, permitiendo que algunas, como la de Madrid, no controlen la totalidad de los procesos que figuran en los listados; debido, entre otras razones, a la ausencia de unas instrucciones actualizadas, claras y precisas, que definan las actuaciones que deben desarrollarse por las Direcciones Provinciales para el control de las deducciones de pago delegado.

2) Ahondando más en las diferencias advertidas en la gestión de las Direcciones Provinciales fiscalizadas, sobre todo en relación con los procesos del listado de diferencias a reclamar por el INSS (listado 4), hay que señalar que el tratamiento establecido desde los Servicios Centrales del INSS para cada proceso supone que se reclamen sólo las diferencias a su favor calculadas mensualmente, sin compensarlas con las que resulten a favor de las empresas en otros meses del mismo proceso. Este procedimiento resulta manifiestamente injusto para las empresas y sólo sería justificable en parte si el control de deducciones se realizara con carácter mensual, como en la mayoría de las MATEPSS, y no al finalizar el proceso. Ello evitaría supuestos como el que se expone a continuación (CCC 11128138926525 y NAF 281044459459), correspondiente a la Dirección Provincial de Madrid.

En primer lugar, desde los Servicios Centrales del INSS se muestra a la Dirección Provincial de Madrid una copia del listado de resultados del cruce, referente a procesos de incapacidad temporal finalizados en junio de 2012, donde figura el cálculo de diferencias mensual del proceso de incapacidad temporal revisado (fecha de baja 30 de enero de 2012 y fecha de alta 27 de junio de 2012). Dicho listado presenta la siguiente estructura:

IMAGEN 1

Copia del listado de diferencias a reclamar en la Dirección Provincial del INSS en Madrid

NAF	NIF	C	F.BAJA	F.FIN	B.TC-2	Nº DIAS	B.INCA	B.REGUL	GC	REC	C.ALTA	MUTUA U.	MES	N. BOLET.	DCTO.DIF
> CCC: 0111-28-1389265-25 <															
28-10444594-59	009308462	1	30-01-2012	27-06-2012	3230,10	30	107,67	107,67	01	S	06		201206	1	
MES-DCTO	DCTO-TC2	DCTO-TEO	PROC.	ANT.	PROC.	POS.	DIFERENCIA								
201201	1.211,29	161,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1.049,79								
201202	161,51	2.341,81	0,00	0,00	0,00	0,00	-2.180,30								
201203	2.341,82	2.503,31	0,00	0,00	0,00	0,00	-161,49								
201204	2.503,33	2.422,56	0,00	0,00	0,00	0,00	80,77								
201205	2.422,58	2.503,31	0,00	0,00	0,00	0,00	-80,73								
201206	2.503,33	2.180,30	0,00	0,00	0,00	0,00	323,03								
201207	2.180,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.180,32								
TÍT. RECLAMAR:					3.633,91	TOTAL DIF. NEGATIVAS:					2.422,52				

Como puede observarse, el proceso de incapacidad temporal corresponde a una empresa que practicó las deducciones de forma diferida (el descuento en el documento TC2 y el descuento teórico varían cada mes).

Cabe destacar que en el mes de febrero de 2012 la diferencia es negativa por 2.180,30 euros, mientras que en el mes de julio de dicho ejercicio la diferencia es positiva por el mismo importe (2.180,30 euros), a pesar de lo cual se reclamó esta cuantía, como se aprecia a continuación.

Las cantidades consignadas en el primer mes de deducción (enero de 2012) corresponden a los últimos días de un proceso de incapacidad temporal anterior (fecha de baja 11 de octubre de 2011 y fecha de alta 15 de diciembre de 2011), según figura en la copia de la pantalla de procesos de la aplicación «inca pago delegado» del INSS que se ofrece a continuación:

IMAGEN 2

Pantalla de «inca pago delegado»

pros@B		e-SIL. Consulta de Procesos de I.T. por Persona									Sesión
		Consulta por Persona									TE28A

N.A.F.: 28 10444594 59											
SE	F. Baja	F. ALTA	CA	F.Fin	CF	C	Ent	DP	Cod.Cta.Cotiz.	IT/M	
--	-----	-----	--	-----	--	-	----	--	-----	----	
<input type="checkbox"/>	28-11-2008	28-11-2008	06	28-11-2008	06	1	777	28	011128138926525	1	
<input type="checkbox"/>	21-10-2009	21-10-2009	06	21-10-2009	06	1	777	28	011128138926525	1	
<input type="checkbox"/>	08-01-2010	08-01-2010	06	08-01-2010	06	1	777	28	011128138926525	1	
<input type="checkbox"/>	10-12-2010	10-12-2010	06	10-12-2010	06	1	777	28	011128138926525	1	
<input type="checkbox"/>	30-03-2011	05-04-2011	06	05-04-2011	06	1	777	28	011128138926525	8	
<input type="checkbox"/>	11-10-2011	15-12-2011	06	15-12-2011	06	1	777	28	011128138926525	66	
<input checked="" type="checkbox"/>	30-01-2012	27-06-2012	06	27-06-2012	06	1	777	28	011128138926525	216	
<input type="checkbox"/>	19-02-2013	20-02-2013	06	20-02-2013	06	1	777	28	011128138926525	2	

Como consecuencia de la aplicación del criterio consistente en reclamar exclusivamente la suma de las diferencias mensuales a favor del INSS, sin efectuar compensación con las posibles diferencias en contra existentes en otros meses para el mismo proceso, las cantidades notificadas a la empresa correspondiente a deducciones indebidas ascendieron a 3.633,91 euros, según figura en el anexo del escrito de comunicación de diferencias que le fue enviado desde la Dirección Provincial de Madrid:

IMAGEN 3

Anexo del escrito de comunicación de diferencias enviado a la empresa desde la Dirección Provincial del INSS en Madrid

<u>ANEXO IA</u>					
CCC: 011128138926525					
Proceso: 201206					
NAF: 281044459459					
	Mes deducción	Descuento TC2 (€)	Calculado (€)	Diferencia	
	2012 - 01	1211,29	161,50	1049,79	
	2012 - 04	2503,33	2422,56	80,77	
	2012 - 06	2503,33	2180,30	323,03	
	2012 - 07	2180,32	0,00	2180,32	
Tipo 4	Total trabajador: 4 deducciones TC2	Sumas	8398,27	4764,36	3633,91
Total empresa: 4 deducciones TC2		Suma	8398,27	4764,36	3633,91

Como se puede observar, en la notificación enviada a la empresa la información se remite incorrectamente, eliminando los meses en que la diferencia resulta favorable a la empresa, aun cuando las cantidades deducidas por ésta eran exactamente las calculadas por el INSS.

En estos casos, y sólo si la empresa llegara a conocer por sus propios medios esta situación y lo comunicase en las alegaciones que presentase ante el INSS, esta entidad las aceptaría y procedería a la compensación de diferencias positivas y negativas. Pero si, por cualquier causa, la empresa procede al pago de la deuda y, en una fase posterior, advierte el error y solicita el reintegro al INSS, no se le devuelve el 20% de recargo satisfecho a la TGSS, lo que supone un perjuicio para la empresa.

El procedimiento de la Dirección Provincial del INSS en Madrid se repite en todas aquellas Direcciones Provinciales que envíen las notificaciones del listado 4 sin revisar previamente los procesos, como disponen los Servicios Centrales del INSS.

3) Durante la fiscalización se solicitaron en las Direcciones Provinciales seleccionadas los listados completos de los resultados del cruce de la base de «inca pago delegado» y del fichero de recaudación de la TGSS, correspondientes al ejercicio 2011.

Como se ha indicado anteriormente, el procedimiento de revisión establecido por el INSS sí detectaba la existencia de deducciones indebidas en el mes en que se realizaba cada cruce mensual, así como las existentes en el mes inmediatamente posterior al de cruce de datos, pero el control finalizaba en ese mismo momento, por lo que si el empresario hubiera seguido realizándose deducciones indebidas en meses posteriores por el mismo proceso, el cruce no las detectaría.

Por tanto, el control establecido por el INSS presenta una deficiencia fundamental, dado que no detecta las deducciones indebidas a partir del segundo mes en que se realiza el cruce mensual³², y que, aun siendo conocida, tampoco ha sido subsanada estableciendo un control adicional automatizado de los meses posteriores en los procesos que tienen deducciones indebidas en el siguiente al de su finalización.

Ante este significativo defecto de control interno, para verificar la existencia de deducciones indebidas que quedaron fuera del control del INSS se seleccionó una muestra de expedientes en las Direcciones Provinciales del INSS fiscalizadas³³, obtenida entre aquellos en los que figuraban deducciones en el

³² A modo ilustrativo, con el control actual, si un empresario se ha practicado deducciones indebidas durante 8 meses (de enero a agosto, por ejemplo), dichas deducciones aparecerán en el listado del mes de enero de la Dirección Provincial del INSS correspondiente, pero únicamente las relativas a dicho mes de enero y al de febrero (cada listado ofrece las deducciones incorrectas del mes de cruce y del inmediatamente posterior), pero las deducciones incorrectas correspondientes a los meses de marzo a agosto no aparecerán ni en ese listado ni en los de los meses posteriores.

³³ Los expedientes de la Dirección Provincial del INSS en Barcelona no pudieron consultarse por la programación específica de su base de datos de control de expedientes de pago delegado. No obstante, el Tribunal comprobó que su aplicación revisa los datos de todos los meses disponibles en el momento del cruce (al menos tres, por el retraso con el que se efectúa el mismo).

documento TC2 en los dos meses posteriores al fin de la baja. Del análisis anterior se desprenden los siguientes resultados:

— En la Dirección Provincial del INSS en Madrid se seleccionó una muestra de 159 expedientes. De su análisis resultó que en 81 expedientes (50,94% de la muestra), aquella no reclamó la deuda transcurrido el citado plazo de 2 meses. La cantidad indebidamente deducida y no reclamada ascendió, al menos, a 72.090 euros.

— En la Dirección Provincial del INSS en Cantabria se analizó una muestra de 31 expedientes, en los que se ha constatado la existencia de 28 casos (90,21% del total) en los que no se reclamaron las cantidades indebidamente deducidas por este mismo motivo y por un importe que ascendió, al menos, a 35.052 euros.

— En la Dirección Provincial del INSS en Navarra, de un total de 11 expedientes analizados se han observado 6 casos (54,54% del total) en los que no existió reclamación de las cuotas indebidamente deducidas por este motivo, lo que representó un importe de 4.746 euros.

Como consecuencia de los resultados anteriores, y al margen de la muestra analizada en las Direcciones Provinciales fiscalizadas, se seleccionó una muestra de procesos de pago delegado que constaban en los ficheros del INSS, habiéndose detectado un total de 1.648 procesos en los que las empresas continuaron practicándose deducciones el mes siguiente al último del control realizado por el INSS, por un importe que ascendió a 1.004.379 euros.

4) Por último, hay que indicar que, además del control de los listados y de los controles manuales derivados de la gestión de otros procesos (responsabilidad empresarial), la única de las Direcciones Provinciales del INSS fiscalizadas que había efectuado un control aleatorio de procesos fue la de Madrid.

Dicho control consistió en revisar todos los procesos de incapacidad temporal que figuraban en los ficheros de recaudación de la TGSS asociados a los CCC de una empresa determinada (11128004017089, 11128160052519, 11128179418062 y 11128180218617). Este control, que venía efectuándose desde el último trimestre de 2012, a la fecha de conclusión de los trabajos de fiscalización en mayo de 2013, había alcanzado ya la cifra de un millón de euros de deducciones indebidamente practicadas por la empresa.

Así, el control puso de manifiesto la existencia de deducciones indebidas no detectadas en el proceso de cruce establecido por el INSS, en algunos casos de forma inexplicable (al tratarse de procesos que cumplían los criterios de selección de procesos sometidos a control), y en otros casos debido a la inexistencia de proceso en la base de datos de «inca pago delegado».

La Dirección Provincial del INSS en Madrid detectó un importe de 673.679,10 euros sólo a través de este proceso de control aleatorio de deducciones indebidas por un importe total superior al estimado inicialmente desde los Servicios Centrales del INSS para los ejercicios 2011 y 2012.

A modo de ejemplo, el Tribunal detectó en el fichero de recaudación de la TGSS procesos de una empresa con CCC en distintas provincias (CCC 11108028519436, 11128027403991, 11143004876972, etc.) que no tenían asociado un parte de baja en la aplicación «inca pago delegado», cuyo importe total ascendía a 154.536 euros.

IV.1.2 Gestión y control del pago directo de las prestaciones de incapacidad temporal a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social

IV.1.2.1 Aspectos generales

De acuerdo con lo dispuesto en la Orden de 25 de noviembre de 1966, las empresas están obligadas a abonar la prestación económica de incapacidad temporal a sus trabajadores entre los días cuarto al decimoquinto de la baja, así como a realizar el pago de la prestación por delegación de la entidad del sistema de la Seguridad Social a partir del decimosexto día de baja, en los casos de contingencias comunes, y a partir del primer día en el supuesto de contingencias profesionales.

Sin embargo, en determinados supuestos, las empresas no tienen la obligación de realizar el pago delegado de la prestación económica de incapacidad temporal, debiendo abonar la entidad del sistema de la Seguridad Social la prestación directamente al trabajador (empresas de menos de 10 trabajadores, colectivos pertenecientes a representantes de comercio, artistas, profesionales taurinos, trabajadores de Regímenes Especiales de Autónomos y Agrario, etc.).

En el cuadro siguiente se recoge el importe del pago directo en incapacidad temporal por cada una de las entidades del sistema de la Seguridad Social:

CUADRO 16

Pago directo por incapacidad temporal. Ejercicios 2011 y 2012

Entidad	2011	%	2012	%
INSS	679.139.560,06	34,63	580.211.276,35	32,89
ISM	24.880.050,70	1,27	23.481.602,64	1,33
MATEPSS	1.257.360.338,03	64,10	1.160.291.590,55	65,78
TOTAL	1.961.379.948,79	100	1.763.984.469,54	100

Fuente: Información del INSS.

Tal y como se deduce del cuadro anterior, en el ejercicio 2012, el importe de las obligaciones reconocidas en concepto de pago directo fue de 1.764 millones de euros (33% sobre el total de obligaciones reconocidas por las entidades del Sistema de la Seguridad Social en materia de incapacidad temporal), porcentajes similares tanto en el INSS (31%) como en el conjunto de las MATEPSS (34%), si bien para el ISM fue muy diferente (69%), debido a que esta entidad realiza una modalidad de pago directo de la que no dispone el resto de entidades.

Asimismo, del cuadro anterior se desprende que en el ejercicio 2012 prácticamente las dos terceras partes del pago directo fueron ejecutadas por las MATEPSS.

El procedimiento para la solicitud y pago de la prestación de incapacidad temporal en la modalidad de pago directo comienza, con carácter general, con la asistencia sanitaria recibida por el trabajador que debe solicitar el pago directo de la prestación en el Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) del INSS, en las Direcciones Locales del ISM o en la propia MATEPSS, según cuál sea su entidad aseguradora, puesto que la prestación por pago directo es una prestación rogada por parte del interesado, es decir, a solicitud del trabajador.

El número de expedientes de incapacidad temporal gestionados por el INSS en el ejercicio 2011, clasificados por el tipo de causa de pago directo, aparece reflejado en el cuadro siguiente:

CUADRO 17

Número de procesos de pago directo de incapacidad temporal en el INSS

Ejercicio 2011

Entidad	Número	%
Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos	94.625	44,81
Régimen General:	71.173	33,71
Cese de la relación laboral	37.475	
Agotamiento del desempleo	15.656	
Transcurrir más 12 meses	11.911	
Resto	6.131	
Régimen Especial Agrario	28.301	13,40
Régimen Especial de Empleados de Hogar	16.987	8,04
Régimen Especial de la Minería del Carbón	75	0,04
TOTAL	211.161	100

Fuente: Información del INSS.

Como se deduce del cuadro anterior, durante el ejercicio 2011, el INSS aprobó un total de 211.161 expedientes de gastos correspondientes a procesos de pago directo, de los cuales el 44,81% correspondió a trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, el 33,71% a trabajadores acogidos al Régimen General de la Seguridad Social, el 21,44% a trabajadores incluidos en los extintos Regímenes Especial Agrario y de Empleados de Hogar y tan sólo 75 expedientes corresponden al Régimen Especial de la Minería del Carbón.

En el cuadro siguiente se relacionan los expedientes tramitados por el INSS en pago directo, correspondientes al Régimen General de la Seguridad Social y al ejercicio 2011, de los cuales se deduce que el 52,65% de los mismos tuvieron por causa el cese de la relación laboral del trabajador con su empresa, el 22% se debió a la finalización de la prestación por desempleo mientras el beneficiario seguía en situación de incapacidad temporal, el 16,74% estuvo motivado porque la situación de incapacidad temporal había llegado al límite del pago delegado que efectuaba la empresa, es decir, por haber superado los 365 días de duración del proceso de incapacidad temporal, y el 2,89% debido al incumplimiento por parte de la empresa de la obligación de realizar el pago delegado de la prestación.

CUADRO 18

Número de procesos de pago directo de incapacidad temporal del INSS correspondientes a trabajadores del Régimen General

Ejercicio 2011

Causas pago directo	Número de procesos	%
— Cese relación laboral	37.475	52,66
Extinción de contrato	32.042	45,02
Regulación de empleo	265	0,37
Despido	5.107	7,18
Otras causas	61	0,09
— Agotamiento desempleo	15.656	22,00
— Transcurrir 12 meses en situación de incapacidad temporal	11.911	16,73
— Incumplimiento por parte de la empresa del pago delegado	2.060	2,89
— Alta propuesta Incapacidad Permanente	476	0,67
— Agotamiento plazo 545 días, durante prórroga efectos hasta la calificación de incapacidad permanente	329	0,46
— Representantes de comercio, artistas y toreros	325	0,46
— Empresas de menos de 10 trabajadores	91	0,13
— Otros	2.850	4,00
TOTAL	71.173	100

Fuente: Información facilitada por el INSS.

IV.1.2.2 Controles existentes en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) relativos a los expedientes de pago directo

El gasto derivado de los expedientes de pago directo está sometido a un control por parte de la IGSS, en particular por las Intervenciones Territoriales en las Direcciones Provinciales del INSS, que realizan

tanto la fiscalización previa de requisitos básicos sobre estos expedientes de gasto como el control financiero permanente sobre una muestra de los mismos.

Por tanto, y a diferencia de lo que sucede con los escasos controles internos sobre el pago delegado de la prestación de incapacidad temporal, los controles sobre el pago directo de esta prestación son más adecuados, dado que se elabora un expediente por cada pago directo que está sometido a fiscalización previa de requisitos básicos y a control financiero posterior, por lo que las deficiencias son menores y de escasa cuantía.

Respecto al control financiero permanente realizado por las Intervenciones Territoriales, se efectúa sobre una muestra de expedientes de pago directo. El porcentaje de expedientes de este tipo controlados en cada Dirección Provincial del INSS aparece reflejado en el anexo n.º 2, del que se desprende que la muestra seleccionada por las Intervenciones Territoriales fue de 2.410 expedientes, es decir, el 16,55% del total de los de pago directo existentes en el ejercicio 2009 (14.560)³⁴.

Del análisis de los informes definitivos de las Intervenciones Territoriales se pueden extraer varios tipos de incidencias en relación con la gestión de los expedientes de pago directo, sin bien de escasa relevancia, tales como las siguientes:

- Incidencias relativas a la determinación de la base reguladora sobre la que se calcula la prestación económica de incapacidad temporal (bases de cotización erróneas, incorrecto cómputo de días, etc.).
- Incidencias que afectan a la cuantía de la prestación económica recibida (generalmente referida al pago de un día tanto por incapacidad temporal como por incapacidad permanente).
- Discrepancias entre las bases reguladoras certificadas por la empresa y las que constan en los ficheros de la TGSS.
- Deducciones de pago delegado por parte de la empresa, solapadas con el pago directo de la prestación al trabajador.
- Otras incidencias relativas a la documentación formal obrante en los expedientes.

IV.1.3 Gestión y control de los procesos de incapacidad temporal de duración superior a 365 días

IV.1.3.1 Aspectos generales

Como se ha indicado anteriormente, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 128.1.a) del TRLGSS, una vez agotado el plazo de 365 días de duración de un proceso de incapacidad temporal, el INSS es la única entidad competente, a través de los EVI, para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta 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.

A tal fin, el INSS efectuaba reconocimientos médicos a los trabajadores en situación de incapacidad temporal, derivada de contingencia común o profesional, próximos a cumplir dicho plazo, para verificar si seguían o no incapacitados para trabajar.

La gestión de las citaciones y de los reconocimientos médicos, así como de las actuaciones realizadas por los EVI se desarrollaba a través de la aplicación ATRIUM³⁵.

Si bien la carga de los procesos de más de 365 días de asegurados del INSS se producía de forma automática, y con carácter general sin retrasos, la de los procesos de incapacidad temporal de asegurados de las MATEPSS se efectuaba a través de un protocolo de comunicación según el cual estas entidades colaboradoras debían cargar los expedientes cuando se cumplieran 350 días (con el fin de proceder a los reconocimientos en el plazo legal de 365 días) de duración del proceso, momento a partir del cual el INSS comenzaba a citar a dichos asegurados a reconocimiento médico, plazo que no siempre fue cumplido por dichas entidades, lo que, en el caso de resoluciones de alta, supuso un alargamiento indebido de los procesos de incapacidad temporal y, en consecuencia, un coste adicional para el sistema de la Seguridad Social.

³⁴ Los controles financieros realizados por la IGSS se efectuaron durante los ejercicios 2010 y 2011.

³⁵ A lo largo del ejercicio 2013 se ha ido implantando en el INSS un nuevo aplicativo ATRIUM Pros@ que cambia el protocolo de transmisión de datos. Ahora es el INSS el que comunica, en primer lugar, a las MATEPSS los procesos de sus asegurados próximos a cumplir los 365 días, y son éstas las que confirman los datos. Las empresas colaboradoras siguen sin integrarse en el nuevo aplicativo.

Sin embargo, no existía un protocolo de comunicación similar para la transmisión de los procesos de incapacidad temporal de las empresas colaboradoras, ni tampoco con el ISM. En estos casos, los datos de los procesos se enviaban en soporte papel y eran grabados manualmente en las Direcciones Provinciales del INSS, con el consiguiente riesgo de pérdida de información.

En el siguiente cuadro se muestra el número de reconocimientos médicos realizados en el ejercicio 2011 a trabajadores a cargo del sistema de Seguridad Social en situación de incapacidad temporal que estaban próximos a cumplir el plazo de los 365 días.

CUADRO 19

Revisiones de facultativos del INSS sobre procesos de MÁS de 365 días.

Ejercicio 2011

Comunidades Autónomas	Total Reconocimientos	Prórroga de incapacidad temporal	Altas médicas	Inicio expediente incapacidad permanente
Andalucía	28.018	13.016	8.250	6.752
Aragón	6.996	2.893	2.287	1.816
Principado de Asturias	7.271	3.654	2.330	1.287
Canarias	7.157	2.190	2.961	2.006
Cantabria	3.139	1.438	1.002	699
Castilla-La Mancha	10.318	4.657	3.127	2.534
Castilla y León	10.592	4.872	2.936	2.784
Cataluña	34.426	23.762	5.459	5.205
Extremadura	5.002	2.553	1.055	1.394
Galicia	15.168	5.702	5.731	3.735
Illes Balears	4.209	1.989	1.290	930
La Rioja	1.391	739	270	382
Madrid	23.755	10.541	7.248	5.966
Región de Murcia	9.292	3.802	3.682	1.808
Navarra	3.013	1.254	1.115	644
País Vasco	11.598	5.156	4.215	2.227
Comunitat Valenciana	23.739	9.801	8.742	5.196
Ceuta	141	62	42	37
Melilla	161	69	52	40
TOTAL	205.386	98.150	61.794	45.442

Fuente: Información del INSS.

Como se desprende del cuadro anterior, de los 205.386 reconocimientos médicos realizados por el INSS, en 98.150 casos (el 47,78%) los facultativos acordaron que procedía la prórroga de incapacidad temporal, por lo que se inicia el pago directo de esta prestación. En 61.794 casos (el 30,09% de las

resoluciones) los facultativos acordaron el alta médica del trabajador y en los restantes 45.442 (el 22,13%) se decretó el inicio de un expediente de incapacidad permanente.

Llama especialmente la atención el elevado número de trabajadores (61.794) que fueron dados de alta médica por el INSS por curación, cuando en los reconocimientos médicos periódicos que se habían venido realizando con anterioridad por las MATEPSS, el ISM o el propio INSS se concluía que procedía seguir emitiendo los partes de confirmación de la baja³⁶.

En este sentido, es especialmente significativo que el porcentaje de altas médicas emitidas por los facultativos del INSS en los procesos de menos de 365 días alcanzó el 10% (cuadro n.º 6), mientras que los que emiten estos mismos facultativos para procesos que superan este plazo y que provienen de las MATEPSS y del ISM representaron el 30%, lo que induce a concluir que los controles en estas dos entidades son menos eficaces, dado el elevado porcentaje de altas que, transcurrido el período de 365 días, debe emitir el INSS.

Por otra parte, las CC.AA de Cataluña y Andalucía fueron las que realizaron mayor número de controles médicos. Sin embargo, la Comunitat Valenciana fue la que concedió mayor número de altas por curación y la Comunidad Autónoma de Cataluña la que concedió mayor número de prórrogas de incapacidad temporal. Al respecto hay que indicar que, de acuerdo con el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, en la Comunidad Autónoma de Cataluña los reconocimientos médicos no se efectúan por los facultativos del INSS sino que se realizan por los facultativos del Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS) con los datos de los procesos que les remite el INSS. Además, es preciso señalar que las cuatro Direcciones Provinciales del INSS de esta Comunidad Autónoma eran las únicas que no utilizaban la aplicación ATRIUM.

IV.1.3.2 Procedimiento de gestión de las disconformidades y discrepancias

El artículo 128.1.a) del TRLGSS establece que «En los casos de alta médica (...), frente a la resolución recaída podrá el interesado, en el plazo máximo de cuatro días naturales, manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud, la cual, si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquella, especificando las razones y fundamento de su discrepancia (...).».

De acuerdo con el precepto anterior, tanto en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes como de contingencias profesionales, una vez cumplidos los 365 días de duración de la incapacidad temporal, el control de la prestación y la capacidad para determinar la procedencia de la prestación corresponde exclusivamente al INSS e ISM.

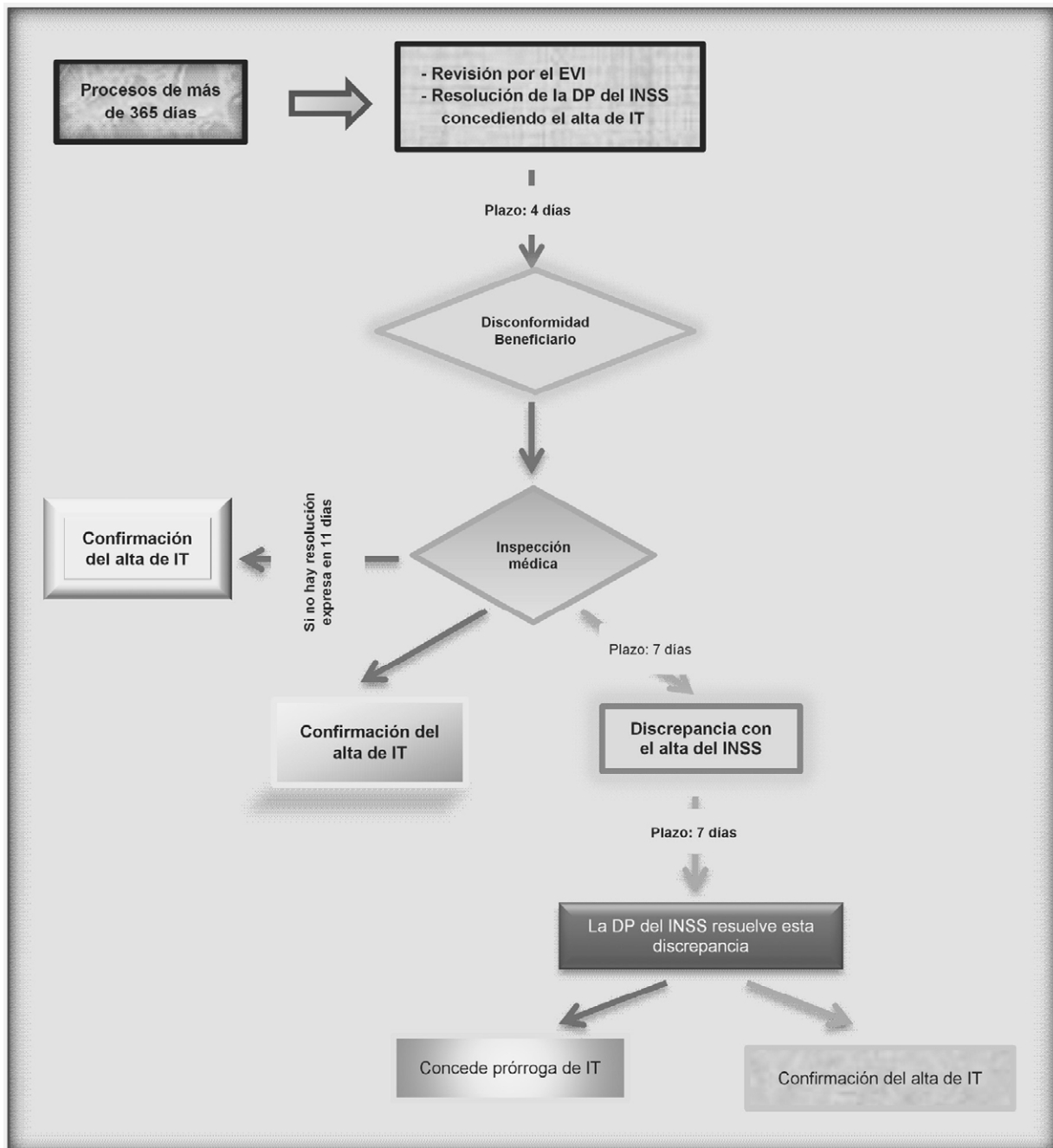
En todos los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes y en los derivados de contingencias profesionales a cargo del INSS, una vez cumplidos los 365 días se cita al interesado para someterle a un reconocimiento médico, del que puede resultar una resolución de propuesta de alta, una prórroga de incapacidad temporal o una propuesta de incapacidad permanente. Posteriormente tiene lugar la evaluación del EVI, que puede ratificar la propuesta de resolución derivada del informe del inspector médico del INSS o modificarla. Contra esta resolución únicamente cabe disconformidad del interesado y, posteriormente y en su caso, discrepancia del Servicio Público de Salud.

En el gráfico siguiente se muestra el procedimiento general de tramitación de las disconformidades y discrepancias en materia de incapacidad temporal.

³⁶ En el trámite de alegaciones, el INSS ha comunicado al Tribunal que se ha establecido un objetivo para sus Direcciones Provinciales, denominado «calidad de la valoración médica al agotamiento de los 365 días de IT», dirigido a mejorar las evaluaciones médicas en los procesos de incapacidad temporal próximos a agotar los 365 días, con el fin de reducir, especialmente, el número de estos procesos que son posteriormente dados de alta en primera resolución.

GRÁFICO 8

Procedimiento de discrepancias y discrepancias



Tal y como se deduce del gráfico anterior, los expedientes de discrepancias regulados en el art. 128.1 del TRLGSS tienen las siguientes características:

— Se originan por una disconformidad del interesado en situación de incapacidad temporal contra la resolución de alta médica, emitida por el INSS, como consecuencia del control de la situación de incapacidad temporal por superar los 365 días.

Previamente, el interesado ha sido sometido a un reconocimiento médico por los inspectores médicos de la Dirección Provincial del INSS, al haber superado el plazo de los 365 días.

El plazo para presentar la disconformidad es de cuatro días naturales desde que el interesado recibe la resolución del EVI.

— Cuando el interesado presenta una disconformidad, se envía a los Servicios Públicos de Salud para que se pronuncien al respecto. Si el Servicio Público de Salud manifiesta su acuerdo con la resolución de alta del INSS, se remite al interesado una resolución confirmatoria del alta.

Si el Servicio Público de Salud discrepa de la resolución de alta emitida por el INSS, la entidad gestora debe pronunciarse de nuevo, lo que se decide en una nueva sesión del EVI. El plazo establecido para que el Servicio Público de Salud se pronuncie es de 7 días naturales.

Respecto al procedimiento anterior, este Tribunal considera conveniente señalar lo siguiente:

— El efecto económico por la simple presentación de una disconformidad por parte del trabajador es el pago de la prestación de incapacidad temporal al interesado durante, al menos, once días adicionales a partir de la presentación de la misma, con independencia de que exista o no discrepancia del Servicio Público de Salud. Si además existe discrepancia, dicho efecto económico se prolonga hasta la fecha de la segunda resolución, adoptada en la segunda sesión del EVI.

— No existe una norma que regule el tiempo máximo que debe transcurrir desde el cumplimiento de los 365 días hasta la fecha de la primera reunión del EVI en el que se estudie la situación de incapacidad del trabajador. Esos días se acumulan al proceso, por lo que una demora excesiva supone un mayor importe de prestación económica a satisfacer a cargo del INSS.

— El plazo de siete días de que dispone la Inspección Sanitaria del Servicio Público de Salud para resolver comienza a contar desde la fecha de registro de entrada. Es decir, el tiempo que transcurre desde la presentación de la solicitud por el trabajador en el CAISS hasta su recepción en el Servicio Público de Salud se acumula al proceso, por lo que también, en este caso, una demora implica un mayor gasto en prestaciones.

— Tras la recepción de la discrepancia, se celebra una nueva sesión del EVI a la que asiste un representante del Servicio Público de Salud, pero no se efectúa un nuevo reconocimiento por parte del INSS, sino que se utiliza el informe del reconocimiento médico que motivó la primera resolución.

IV.1.3.2.1 Incidencias detectadas en la revisión de expedientes de discrepancias

Durante la fiscalización se ha solicitado en las Direcciones Provinciales del INSS seleccionadas (Barcelona, Madrid, Pamplona y Santander) una muestra de expedientes resueltos por los EVI, en concreto, los correspondientes a la semana del 21 al 25 de mayo de 2012, en los que incluyeron los expedientes de discrepancias del artículo 128.1 del TRLGSS, así como las bases de datos donde figuraban las disconformidades presentadas por los interesados en los ejercicios 2011 y 2012. Del análisis de dichas bases de datos y expedientes se derivan las siguientes incidencias:

— Incumplimiento de los plazos señalados en el artículo 128.1 del TRLGSS en los casos en que el interesado presenta una disconformidad y el Servicio Público de Salud, a su vez, discrepa.

Se analizaron las discrepancias resueltas por la Dirección Provincial del INSS en Madrid correspondientes a los ejercicios 2011 y 2012. En los 745 expedientes existentes en dichos ejercicios en los que el interesado presentó una disconformidad y el Servicio Público de Salud emitió una discrepancia, el tiempo medio desde que el interesado presentó dicha disconformidad hasta que el EVI emitió una segunda resolución fue de 28,21 días.

Es decir, a pesar de que el plazo establecido en la normativa para resolver comprendía 18 días naturales, en la práctica el procedimiento superó este plazo, lo que conllevó, además del incumplimiento legal, un mayor gasto para la Seguridad Social, derivado de los retrasos en el envío de la información.

A modo estimativo, el importe de las obligaciones reconocidas por el INSS por pago directo en el ejercicio 2011 ascendió a 679.139.560 euros, correspondientes a 211.161 procesos, lo que implica un coste diario por proceso de 8,81 euros. Así, para los 745 procesos anteriores, el importe satisfecho de más por el INSS en prestaciones económicas de incapacidad temporal debido a los retrasos existentes fue de 65.634,50 euros (745 procesos por 8,81 euros de importe diario estimado medio de prestación económica de incapacidad temporal por 10 días de retraso de media), sólo en la Dirección Provincial del INSS en Madrid.

El importe anterior se refiere únicamente a los retrasos detectados en la Dirección Provincial del INSS en Madrid, pero existe el riesgo de que los mismos se estén produciendo en el resto de Direcciones

Provinciales, por lo que parece razonable deducir que este importe será mucho mayor si se calculara para todas las provincias españolas.

— Por lo que se refiere a las disconformidades presentadas por los interesados frente a las resoluciones del INSS en las que no hubo discrepancias por parte del Servicio Público de Salud, el tiempo medio que transcurrió desde que fue presentada la disconformidad por el interesado hasta que el INSS le comunicó la falta de respuesta del Servicio Público de Salud fue de 20,15 días, correspondiente a un total de 1.944 expedientes existentes en la Dirección Provincial del INSS en Madrid en los ejercicios 2011 y 2012.

En caso de existir disconformidad por parte del interesado pero no discrepancia del Servicio Público de Salud, aun cuando exista retraso en el procedimiento, el INSS únicamente abona 11 días de prestación económica desde la fecha del alta sobre la que el interesado presentó la disconformidad.

Sin embargo, se ha detectado que, al menos en la Dirección Provincial del INSS en Madrid, aun cuando el plazo desde que el interesado presentó la disconformidad hasta que el INSS le contestó argumentando la no aceptación de la disconformidad fuera inferior a 11 días, el plazo abonado por el INSS en todos los casos fue igual a 11 días.

El Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social, regula la composición de los EVI y en su artículo 2 señala que «en cada DP del INSS (...) se constituirá un Equipo de Valoración de Incapacidades. Los Equipos estarán compuestos por un Presidente y cuatro Vocales:

— El Presidente será el Subdirector provincial de Invalidez del Instituto Nacional de la Seguridad Social o funcionario que designe el Director general del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

— Los Vocales, nombrados por el Director general del Instituto Nacional de la Seguridad Social, serán los siguientes: un Médico Inspector, propuesto por el Director provincial del Instituto Nacional de la Salud o, en su caso, por el órgano competente de la Comunidad Autónoma, un Facultativo Médico, perteneciente al personal del Instituto Nacional de la Seguridad Social, un Inspector de Trabajo y Seguridad Social, propuesto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y un funcionario titular de un puesto de trabajo de la unidad encargada del trámite de las prestaciones de invalidez de la correspondiente Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, quien ejercerá las funciones de Secretario.

Sin embargo, de acuerdo con las actas de las sesiones de los EVI celebradas en la Dirección Provincial del INSS en Madrid, no asistió a las mismas ningún Inspector de Trabajo y Seguridad Social, por lo que se incumplió lo establecido en el Real Decreto 1300/1995.

IV.1.3.3 Gestión y control de los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales a cargo de entidades colaboradoras

Resulta especialmente significativo el escaso control del INSS en relación con los procesos de las MATEPSS con origen en contingencias profesionales que agotaban el plazo de duración de 365 días, al amparo de la posibilidad que tienen las Direcciones Provinciales del INSS de resolver mediante silencio administrativo las propuestas efectuadas por las MATEPSS. Así, aunque en el artículo 128.1.a) del TRLGSS (por el que se otorga al INSS la competencia exclusiva para decidir sobre los procesos de incapacidad temporal desde el cumplimiento de dicho plazo) no distingue entre procesos derivados de contingencias comunes o profesionales, en virtud de las Resoluciones de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social de 16 de enero de 2006, 28 y 29 de noviembre de 2006 y 14 de enero de 2008, las propuestas que las MATEPSS tienen que efectuar al INSS en ese momento (prórroga, iniciación de un expediente de incapacidad permanente o la emisión del alta médica) deben entenderse aceptadas por la entidad gestora si ésta no se manifiesta en contrario en el plazo de los cinco días siguientes al de su recepción.

Efectivamente, según se pudo constatar, todas las propuestas de las MATEPSS en relación con estos procesos en el período fiscalizado habían sido resueltas por silencio positivo en las Direcciones Provinciales del INSS fiscalizadas.

Este procedimiento no garantiza el efectivo control del INSS sobre dichos procesos, ni tampoco el cumplimiento del principio de seguridad jurídica de los interesados, ni la igualdad de trato debida a todos los trabajadores en situación de incapacidad temporal; entre otras, por las siguientes razones:

— En primer lugar, porque el INSS carecía de un procedimiento que regulara las actuaciones de las Direcciones Provinciales en relación a estos procesos y no controlaba que las MATEPSS le remitieran la información de todos los que agotaban los 365 días, ni procuraba que su transmisión y contenido fueran homogéneos.

Como resultado de esta carencia de instrucciones, según se ha podido comprobar, la información de las MATEPSS era incompleta. Así, unas MATEPSS remitían la información en papel y otras a través de la plataforma ATRIUM, y sólo algunas acompañaban informes médicos a la propuesta efectuada, si bien éstos tampoco eran reclamados desde el INSS al no entrar a valorar los procesos.

— En segundo lugar, porque ninguna de las Direcciones Provinciales analizadas citaba a los interesados a reconocimiento médico ni analizaba los posibles antecedentes médicos de los trabajadores. Ello supuso, en definitiva, que el pase a control del INSS por agotamiento de los 365 días se tradujera en un mero trámite legal, no en un control efectivo sobre los procesos de incapacidad temporal por el INSS, a diferencia de lo que ocurre en relación con el resto de los procesos de incapacidad temporal (todos los de contingencias comunes y los de contingencias profesionales a cargo del INSS y el ISM), en los que, en todo caso, se cita a los trabajadores y su situación es evaluada por los EVI de las Direcciones Provinciales.

Esta diferencia de criterio, totalmente injustificada, supone un trato desigual para los asegurados de las MATEPSS que están en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales en relación con el resto de asegurados del Sistema de Seguridad Social, pues sus procesos son resueltos sin valoración alguna por parte de la entidad gestora que ostenta la competencia.

— Además, porque, con carácter general, en los escritos en que las MATEPSS comunicaban las altas a los interesados, no figuraban las posibles acciones legales que podían emprender en caso de disconformidad, ni la entidad ante la que ejercerlas, ni los plazos legales para ello, vulnerando el principio de seguridad jurídica de los interesados y el artículo 89 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Es más, se detectaron diferencias entre las MATEPSS que sí las comunicaban, e incluso entre unidades provinciales de la misma MATEPSS. A modo de ejemplo, la Mutua Fremap era la única que indicaba correctamente a sus asegurados las posibles acciones legales que podían emprender contra las altas presuntas del INSS (disconformidad ante la entidad gestora en el plazo máximo de 4 días naturales siguientes a la recepción de la notificación, según lo dispuesto en el artículo 3 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, y/o de presentar reclamación previa ante el INSS en el plazo máximo de 30 días previsto en el artículo 71 de la Ley de Procedimiento Laboral). Por el contrario, en los escritos de la Mutua Fraternidad Muprespa de Madrid se indicaba, simplemente y de forma errónea, a los asegurados que cabía «recurso ante la Jurisdicción laboral».

— La confusión de los trabajadores a cargo de las MATEPSS en relación con las acciones legales que podían ejercer, era tal que era frecuente que en estas circunstancias presentaran simultáneamente, junto con la solicitud de disconformidad, una reclamación previa y/o una revisión de alta concedido por las MATEPSS (improcedente por ser solo aplicable en procesos de duración inferior a 365 días).

Esta situación se veía agravada aún más por la heterogeneidad con la que las distintas Direcciones Provinciales del INSS aplicaban el procedimiento de disconformidad y discrepancia previsto en el artículo 128.1.a) en los procesos de incapacidad temporal de contingencias profesionales de asegurados de MATEPSS, generándose de nuevo desigualdades entre trabajadores en situación de incapacidad temporal:

- Así, en la Dirección Provincial de Santander se seguía el mismo procedimiento que para las disconformidades presentadas contra las resoluciones expresas del INSS, dando audiencia a la Inspección Médica del Servicio Público de Salud competente en cada caso y evaluándose el proceso por los EVI de la Dirección Provincial. El trámite, sin embargo, no resultaba efectivo, puesto que la Inspección Médica o no se pronunciaba o se pronunciaba comunicando que carecía de antecedentes para valorar el proceso.

- En la Dirección Provincial de Navarra se actuaba de forma similar, si bien en los expedientes no existe constancia de que se diera traslado de los mismos a la autoridad laboral.

- Por su parte, en la Dirección Provincial de Madrid, en contra de lo dispuesto en el artículo 128.1.a) del TRLGSS, no se daba traslado de estas disconformidades a la Inspección Médica, tratándose en todo caso como si fuera una reclamación previa. Ello se traducía, en la práctica, tanto en la inexistencia de evaluación de estos expedientes por los EVI de la Dirección Provincial como en la falta de reconocimiento

de los efectos económicos correspondientes a favor de los asegurados (al menos 11 días, de no existir discrepancia).

En uno de estos expedientes de la Dirección Provincial de Madrid (n.º 28-2011-587997-71), la reclamación previa presentada por la asegurada fue desestimada, al resolver «no entrar a conocer sobre el alta médica», procediendo como si la entidad que ostentara la competencia para ello fuera la MATEPSS y no el INSS, la cual había emitido el alta por silencio administrativo.

De lo anterior se desprende la falta de efectividad, en parte, de la aplicación del artículo 128.1.a) del TRLGSS en relación con los procesos de incapacidad temporal de contingencias profesionales cubiertos con las MATEPSS, ya que el trámite de audiencia y posible discrepancia de los Servicios Públicos de Salud, que sigue a la presentación de una disconformidad por el interesado, deviene normalmente infructuoso por cuanto que dichos Servicios Públicos de Salud, con carácter general, no entran a valorar estos procesos porque carecen de los antecedentes médicos necesarios para pronunciarse sobre la oportunidad de las altas emitidas por el INSS, al tratarse de personas atendidas en las unidades médicas de las MATEPSS.

IV.2 Instituto Social de la Marina

El Instituto Social de la Marina (ISM) es una entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, de ámbito nacional, que actúa bajo la dirección y tutela del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, adscrita a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Entre sus competencias se encuentra, de acuerdo con el Real Decreto 504/2011, de 8 de abril, de estructura orgánica y funciones del Instituto Social de la Marina, la gestión, administración y reconocimiento del derecho a las prestaciones del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, entre las que figura la prestación económica de incapacidad temporal de este colectivo.

Las obligaciones reconocidas por el ISM en los ejercicios 2010, 2011 y 2012 relativas a la incapacidad temporal aparecen reflejadas en el anexo n.º 3, con detalle de cada centro gestor.

De acuerdo con el citado anexo, el importe de las obligaciones reconocidas por el ISM disminuyó un 19,45% en el período 2010-2012, en concordancia con la disminución en el resto de entidades del sistema de la Seguridad Social. Además, en el ejercicio 2012, el 55% del total de las obligaciones correspondió a tres centros gestores (Vigo, Villagarcía de Arosa y A Coruña).

La mayor parte de los trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar en situación de incapacidad temporal cobran la prestación por pago directo, en concreto los que cotizan en los grupos II y III, de acuerdo con el Decreto 1867/1970, de 9 de julio, por el que se aprobó el Reglamento General de la Ley 116/1969, de 30 de diciembre, que regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

IV.2.1 Reconocimientos médicos en los procesos incapacidad temporal del colectivo integrado en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar

Mediante Resolución de 21 de febrero de 2003, de la Dirección General del Instituto Social de la Marina, se publicó el Acuerdo de Encomienda de gestión entre el ISM y el INSS, para la realización de los reconocimientos médicos a efectos del control de la prestación de incapacidad temporal a través de los médicos que tiene adscritos el INSS.

Así, le corresponde al ISM, como entidad gestora de la Seguridad Social, el control de la prestación de incapacidad temporal respecto del colectivo integrante del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, en virtud de lo establecido en el Decreto Legislativo 2864/1974, de 30 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

Como consecuencia de las transferencias de competencias a las CC.AA en materia de asistencia sanitaria que venía gestionando el ISM, esta entidad gestora no dispone en las CC.AA de personal suficiente para poder realizar el control de las situaciones de incapacidad temporal a través de los necesarios reconocimientos médicos. Por ello, mediante esta Encomienda de gestión, el INSS realiza dichos reconocimientos.

Las Direcciones Provinciales del ISM remiten periódicamente a las del INSS una relación de trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad temporal respecto de los que considera que

pueden no estar impedidos para el trabajo, con el fin de que por los médicos adscritos al INSS realicen estos reconocimientos médicos.

En el análisis de la gestión sobre los reconocimientos médicos y de la ejecución de este Acuerdo de Encomienda de gestión se han observado las siguientes incidencias:

— Las Direcciones Provinciales del ISM no tienen acceso a la aplicación informática ATRIUM, utilizada por el INSS para la gestión de los reconocimientos médicos, por lo que el envío de la información relativa a los trabajadores en situación de incapacidad temporal a los que es necesario realizar reconocimiento médico se realiza por correo ordinario (o fax) y en soporte papel, lo que conlleva riesgo de demora en la tramitación de estos reconocimientos médicos y riesgo de pérdida de la información, situación totalmente incongruente entre entidades gestoras dentro de la propia Seguridad Social³⁷.

— Se producen retrasos en las contestaciones al ISM que deben remitir los EVI adscritos al INSS, especialmente significativos en relación a los EVI de Madrid, tal y cómo se desprende del análisis de diferentes expedientes tramitados:

- Con fecha 12 de marzo de 2012, la Dirección Provincial del ISM en Madrid remitió un escrito al EVI de Madrid, solicitando el correspondiente Dictamen-Propuesta relativo a un trabajador en situación de incapacidad temporal, comunicación que fue reiterada en cuatro escritos diferentes, de fechas 21 de mayo de 2012, 26 de junio de 2012, 26 de julio de 2012 y 21 de agosto de 2012. El Dictamen-Propuesta del EVI de Madrid fue remitido a la Dirección Provincial del ISM el día 23 de agosto de 2012, es decir, cinco meses y medio después del primer escrito remitido por el ISM al INSS. Aun cuando el retraso, en este supuesto, no supuso para el ISM un perjuicio económico puesto que el EVI resolvió la declaración de incapacidad permanente absoluta, cuyo gasto debe también ser soportado por el ISM, sí implica un incumplimiento de los principios de eficacia y eficiencia por parte del INSS.

- Una situación similar se produjo en otro expediente de solicitud de incapacidad permanente por parte de un trabajador, en el que la Dirección Provincial del ISM en Madrid solicitó al EVI la emisión del Dictamen-Propuesta correspondiente con fecha 30 de septiembre de 2011, comunicación que fue reiterada con fecha 20 de febrero de 2012, si bien no recibió el mismo hasta el 5 de marzo de 2012, es decir, con un retraso de más de cinco meses.

- Los retrasos mencionados tuvieron como consecuencia que, una vez agotado el período de 365 días de incapacidad temporal y hasta que el EVI de Madrid correspondiente no emitiera el Dictamen-Propuesta, la Dirección Provincial del ISM emitiera partes médicos de confirmación «ficticios», con objeto de que las personas en esta situación de incapacidad temporal pudieran seguir incluidas en la nómina de pago directo y, por tanto, pudieran seguir cobrando la prestación de incapacidad temporal.

- En la Dirección Provincial del INSS en Pamplona también se detectaron retrasos, al solicitar al EVI el correspondiente Dictamen-Propuesta sobre un trabajador que residía en la provincia de Navarra, con fecha 10 de septiembre de 2010, reiterándole la petición en escrito de fecha 24 de noviembre de 2010. No obstante, el EVI emitió resolución antes del escrito de reiteración, con fecha 12 de noviembre de 2010, denegando la incapacidad permanente.

La demora en la emisión del Dictamen-Propuesta por parte del EVI de la Dirección Provincial del INSS podría suponer un perjuicio económico para la Seguridad Social en el supuesto de que el dictamen hubiera sido de alta médica por curación, dado que hasta que no se produzca el alta, el ISM debe seguir pagando la prestación económica de incapacidad temporal.

IV.2.2 Gestión y control del pago delegado de las prestaciones de incapacidad temporal por el Instituto Social de la Marina

Entre las actuaciones que efectúa el INSS, relativas al control de las deducciones de pago delegado por incapacidad temporal practicadas por las empresas, se encuentra la comparación entre las deducciones por pago delegado declaradas por las empresas en los documentos TC2, con los datos médicos de los procesos de incapacidad temporal enviados por los Servicios Públicos de Salud al INSS y que, como se

³⁷ El ISM señala en sus alegaciones que recientemente ha implantado un proceso de carga automática de datos para el control y revisión médica de los procesos de incapacidad temporal, que esta implantación ha comenzado en una Dirección Provincial piloto y que, tras dos meses de funcionamiento, el INSS ha procedido a incorporar dicha carga automática a todas las Direcciones Provinciales del ISM. Las alegaciones del INSS también se manifiestan en el mismo sentido.

ha señalado, fue de tan solo el 36%, de los que incluso en un 7,48% el INSS no pudo calcular el valor teórico de la deducción correspondiente.

Puesto que los Servicios Públicos de Salud tienen la obligación de enviar todos los partes de baja emitidos al INSS, no sólo los correspondientes a los trabajadores adscritos a esta entidad gestora sino también los del resto de la Seguridad Social, el INSS dispone, entre otros, de los datos de los trabajadores asegurados por el ISM que reciben la prestación de incapacidad temporal, en relación con el procedimiento de pago delegado.

Por ello, el INSS incluye en el cruce de los datos médicos de procesos de incapacidad temporal y los datos económicos provenientes del documento TC2 no sólo los datos relativos a sus asegurados sino también los relativos a los trabajadores asegurados del ISM.

Una vez realizado el cruce informático anterior, el INSS remite mensualmente el resultado del mismo a los Servicios Centrales del ISM, que a su vez los distribuye a sus Direcciones Provinciales, con objeto de que esta entidad gestora realice las comprobaciones que considere oportunas.

De acuerdo con la información facilitada por el ISM, el envío del cruce informático por parte del INSS comenzó a efectuarse por primera vez desde el mes de noviembre de 2011. De la información facilitada por el ISM se desprende la existencia de un número muy reducido de incidencias derivadas del cruce de control del pago delegado efectuado por el INSS.

Por otra parte, desde septiembre de 2011 hasta febrero de 2012 el INSS únicamente remitió resultados correspondientes a dos Direcciones Provinciales del ISM como máximo cada mes, variando dichas Direcciones Provinciales dependiendo del mes. El número máximo de incidencias se produjo en el mes de diciembre de 2011, en las Direcciones Provinciales del ISM en Lugo y Pontevedra, y ascendieron a 5 incidencias en total en dicho mes.

El número tan reducido de incidencias correspondientes al control del pago delegado remitidas por el INSS al ISM tuvo como consecuencia que en ninguna de las dos Direcciones Provinciales fiscalizadas (Madrid y en Santander) tuvieran en cuenta el control realizado por el INSS para efectuar sus propios controles.

Independientemente de lo anterior, y al igual que se ha expuesto para el INSS, se han detectado 134 deducciones por incapacidad temporal con origen en contingencias comunes practicadas a cargo al ISM, por importe de 164.062,12 euros, no amparadas ni por un parte médico de baja ni por un parte de baja transmitido por las empresas con los datos económicos, lo que evidencia la inexistencia del proceso de incapacidad temporal o la existencia de errores no resueltos en la remisión de los partes.

Así, en la Dirección Provincial del ISM en Madrid el control se realizaba de forma completamente manual. La Dirección Provincial emitía listados con la relación de empresas con trabajadores en situación de incapacidad temporal y comprobaba los datos relativos de cada trabajador en la transacción de consulta de la TGSS para analizar si dichos datos eran coincidentes. En caso contrario, se solicitaba a la empresa la devolución de las deducciones.

Los resultados del control manual de pago delegado efectuado por la Dirección Provincial del ISM en Madrid en el ejercicio 2011 supusieron un importe reclamado por deducciones indebidas por pago delegado que ascendió, al menos, a 1.466 euros. Sin embargo, el importe incorrectamente deducido por las empresas correspondientes a la Dirección Provincial del ISM en Madrid, de acuerdo con el cruce informático efectuado por el INSS y remitido al ISM correspondiente al ejercicio 2011, fue igual a 0 euros.

Esta situación evidencia aún más que los controles informáticos sobre la incapacidad temporal que realiza el INSS presentan múltiples deficiencias, dado que los controles manuales que realizó el ISM fueron más efectivos que los remitidos por el INSS.

Por otra parte, de acuerdo con el artículo 7 de la Orden TAS/1562/2005, de 25 de mayo, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo del Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio, «la cuantía que, ... se estima como insuficiente para la cobertura del coste de la exacción y recaudación de las deudas con la Seguridad Social y conceptos de recaudación conjunta con las mismas y que permite, en su caso, acordar su anulación y baja en contabilidad, se fija en el 3 por 100 del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) mensual, vigente en el momento de la respectiva liquidación».

Por ello, se considera conveniente que, en virtud del principio de eficiencia, las Direcciones Provinciales del ISM no efectúen reclamaciones por deducciones de pago delegado por importes inferiores al 3% del IPREM, al igual que realiza el INSS, dado que el coste administrativo de gestionar estas deudas es mayor que el resultado de su recaudación.

En cualquier caso, como ya se ha señalado, y a diferencia del INSS y de las MATEPSS, en el ISM las prestaciones de incapacidad temporal por pago delegado representan un importe muy inferior al de las prestaciones por pago directo (en el ejercicio 2011, el total de obligaciones reconocidas por incapacidad temporal y pago directo fue del 64,76%, mientras que las de pago delegado ascendieron al 35,24%), por lo que la mayor parte de recursos personales y materiales se dedican al control del pago directo de esta prestación.

IV.2.3 Gestión y control del pago directo de las prestaciones de incapacidad temporal del Instituto Social de la Marina

El ISM utiliza, para la gestión de las prestaciones de incapacidad temporal satisfechas a través de la modalidad de pago directo, una aplicación informática denominada «PRESMAR», que incluye información, para cada expediente, relativa a los datos personales del trabajador, de la prestación, de la empresa, del parte de baja, de las bases de cotización automáticas, de la resolución del expediente y del pago.

El siguiente cuadro muestra el número de expedientes de incapacidad temporal cuyas prestaciones fueron satisfechas por el ISM mediante pago directo, clasificadas en función de la fecha de inicio de la baja:

CUADRO 20

Expedientes pago directo incluidos en la aplicación «PRESMAR» del ISM

Ejercicios (fechas de inicio y fin)	Número de expedientes	Importe (Euros)
2003-2007	303	231.800,00
2008	1.453	1.341.416,91
2009	6.977	8.402.140,75
2010	11.149	14.157.993,61
2011	10.423	13.657.034,93
2012	6.365	8.477.421,87
TOTAL	36.670	46.267.808,07

Fuente: Información del ISM.

Como se desprende del cuadro anterior, y de acuerdo con la información contenida en la aplicación «PRESMAR», el importe satisfecho en el ejercicio 2011 por el ISM correspondiente a expedientes de incapacidad temporal de pago directo ascendió a 13.657.034,93 euros, mientras que en el ejercicio 2012 el importe fue de 8.477.421,87 euros.

Sin embargo, las cantidades anteriores son muy diferentes a la información financiera y presupuestaria rendida por el ISM al Tribunal de Cuentas. Así, el siguiente cuadro muestra el resumen de las obligaciones reconocidas y una estimación de los pagos realizados por el ISM a través de la modalidad de pago directo en los ejercicios 2010, 2011 y 2012³⁸.

³⁸ La estimación se ha realizado en función del grado de ejecución del presupuesto de gastos del ISM correspondiente a los ejercicios 2010 y 2011, que ascendió al 99,47% y al 99,82% respectivamente. En 2012 se ha aplicado un porcentaje de ejecución del 99%.

CUADRO 21

Ejecución presupuestaria de la incapacidad temporal en el ISM. Pago directo

Ejercicios 2010 a 2012

Ejercicios	Obligaciones reconocidas	Pagos realizados
2010	26.716.183,12	26.574.587,35
2011	24.880.050,70	24.835.266,61
2012	23.481.602,64	23.246.786,61
TOTAL	75.077.836,46	74.656.640,57

Fuente: Información del ISM.

Si se comparan los datos incluidos en los cuadros anteriores se puede concluir que la información disponible en el ISM sobre este tipo de prestaciones presenta incoherencias. Así, los datos que figuran en la aplicación «PRESMAR» correspondientes a los importes de pago directo satisfechos por esta entidad gestora presentan importante diferencias con la información financiera y presupuestaria correspondiente a los ejercicios 2010, 2011 y 2012.

A modo de ejemplo, en el ejercicio 2011, el importe de las obligaciones reconocidas por pago directo, de acuerdo con el presupuesto de gastos del ISM, ascendió a 24.880.050,70 euros, habiendo estimado este Tribunal un importe de pagos realizados en la modalidad de pago directo igual a 24.835.266,61 euros. Sin embargo, de acuerdo con la base de datos extraída de «PRESMAR» facilitada por esta entidad gestora, en el ejercicio 2011 el ISM registró expedientes de pago directo por un importe que únicamente ascendió a 13.657.034,93 euros.

IV.3 Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)

Las MATEPSS (actualmente 20 entidades) son asociaciones empresariales sin ánimo de lucro, constituidas con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social. En concreto, en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Las MATEPSS se financian a través de las cuotas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que la TGSS recauda para ellas y que son a cargo exclusivo de los empresarios. También se financian con un porcentaje de las cuotas por contingencias comunes que reciben como contraprestación por la gestión que realizan sobre la prestación económica de incapacidad temporal derivada de dichas contingencias.

La mayor parte de la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal por contingencias profesionales corresponde a las MATEPSS, teniendo, en esta modalidad de contingencias, carácter residual la gestión del INSS e ISM.

En la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes, las MATEPSS tienen las mismas competencias respecto al control de la incapacidad temporal que el INSS y el ISM, excepto la posibilidad de dar el alta médica en procesos menores de 365 días, en los que sólo pueden realizar propuestas de alta, a diferencia de las contingencias profesionales, donde es el médico de la propia MATEPSS el que emite los partes de baja, confirmación de la baja y alta.

Las funciones de las MATEPSS en la gestión de incapacidad temporal son, entre otras, las siguientes:

- El pago de la prestación económica por incapacidad temporal por enfermedad común, a partir del decimosexto día de la baja.
- El pago de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- La prestación sanitaria durante el período de baja médica, con medios propios o concertados.

- La revisión del estado de salud del trabajador mientras dure la baja médica en procesos de duración inferior a 365 días.
- La posibilidad de formular propuesta de alta médica al Servicio Público de Salud de las CC.AA y del INGESA, para los procesos de menos de 365 días.
- La suspensión y anulación del pago de la prestación económica de incapacidad temporal si el trabajador no cumple ciertas condiciones.

El siguiente cuadro muestra los importes de las obligaciones reconocidas netas en concepto de incapacidad temporal, clasificadas por MATEPSS, en los ejercicios 2010, 2011 y 2012:

CUADRO 22

Obligaciones reconocidas por incapacidad temporal por las MATEPSS

Ejercicios 2010, 2011 y 2012

(En euros)

MATEPSS	2010	2011	2012
Fremap	1.083.194.248,39	1.050.644.089,42	934.138.158,70
Asepeyo	689.094.744,79	657.516.603,00	571.293.331,55
Fraternidad-Muprespa	369.409.240,27	341.748.156,39	302.599.073,49
Mutua Universal	361.351.993,23	340.179.784,65	300.618.714,33
Mc Mutual	298.458.548,09	294.620.440,39	253.312.779,60
Ibermutuamur	292.854.817,04	276.313.933,34	238.275.013,43
Umivale	158.471.569,21	152.023.607,49	133.506.271,02
Maz	158.465.269,62	148.345.135,15	128.471.367,78
Activa Mutua (2008)	112.483.514,50	108.969.482,92	96.943.163,04
Mutualia	96.937.797,57	99.664.771,76	88.774.690,59
Unión De Mutuas	87.639.102,25	79.269.433,02	68.786.590,49
Egarsat	85.208.480,20	74.346.927,73	62.803.658,68
Mutua Gallega	69.203.432,20	65.134.262,16	58.104.713,06
Mutua Balear	68.799.159,59	66.275.948,70	56.039.465,60
Mutua Intercomarcal	58.313.110,60	57.532.432,25	53.110.509,93
Mutua Montañesa	49.704.370,29	49.283.097,01	44.347.312,04
Mac	20.813.697,40	19.056.031,76	19.132.558,74
Cesma	18.595.662,05	16.543.192,27	15.080.480,62
Solimat	17.225.543,08	17.932.985,66	23.421.918,57
Mutua Navarra	17.370.198,90	17.953.870,55	16.391.931,33
TOTAL	4.113.594.499,27	3.933.354.185,62	3.465.151.702,59

Fuente: Información facilitada por la DGOSS.

Como se desprende del cuadro anterior, el importe de las obligaciones reconocidas ha disminuido un 15,76% en el período 2010-2012. En particular, en el ejercicio 2011, el 75% de las obligaciones reconocidas

por incapacidad temporal por estas entidades colaboradoras se concentró únicamente en seis MATEPSS: el 26,71% del total correspondió a la Mutua Fremap, el 16,72% a la Mutua Asepeyo, el 8,69% a la Mutua Fraternidad-Muprespa, el 8,65% a la Mutua Universal, el 7,49% a MC Mutual, y el 7,02% a Ibermutuamur, porcentajes que se mantuvieron en el ejercicio 2012.

Las 16 MATEPSS restantes reconocieron obligaciones por incapacidad temporal que representaron solamente el 24,72% del conjunto de las obligaciones reconocidas por las MATEPSS, con porcentajes para cada una de ellas inferiores al 4% del total.

En el cuadro siguiente se detallan los resultados más destacados obtenidos del análisis de la gestión de estas entidades colaboradoras, clasificados según procedan de procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales o de contingencias comunes.

CUADRO 23

Obligaciones reconocidas en incapacidad temporal por el conjunto de las MATEPSS

Ejercicios 2010, 2011 y 2012

(En euros)

Tipo de contingencias	2010	2011	2012
Contingencias profesionales	803.621.080,60	739.024.086,36	639.970.726,92
Contingencias comunes	3.309.973.418,67	3.194.330.099,26	2.825.180.975,67
TOTAL	4.113.594.499,27	3.933.354.185,62	3.465.151.702,59

Fuente: Información facilitada por el INSS

IV.3.1 Procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales

A continuación se analizan los procesos de incapacidad temporal, diferenciando los de duración inferior a 365 días o superior, dada la distinta responsabilidad en la gestión de estas contingencias.

IV.3.1.1 Procesos de duración inferior a 365 días

El trabajador que tenga aseguradas las contingencias profesionales a través de una MATEPSS debe acudir a ésta para recibir asistencia sanitaria en las instalaciones de aquélla y, en el supuesto de que el accidente de trabajo o enfermedad profesional impida al trabajador desempeñar su trabajo habitual, el médico de la MATEPSS debe emitir el correspondiente parte médico de baja que conlleva el inicio de la situación de incapacidad temporal, de acuerdo con lo establece el artículo 61.3. del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

El trabajador debe entregar el ejemplar del parte de baja correspondiente a la empresa. En el caso de que la dolencia sea consecuencia de un accidente de trabajo, aquélla debe cumplimentar, entre otros, los datos relativos al accidente en un aplicativo informático denominado DELT@, que gestiona el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Por su parte, la MATEPSS debe remitir, electrónicamente, el parte médico de baja al INSS.

En cada MATEPSS se realiza un seguimiento de los trabajadores en situación de incapacidad temporal por contingencias profesionales y cuando a juicio de los médicos de la MATEPSS el trabajador está en condiciones de volver a su puesto de trabajo, si el proceso tiene una duración inferior a 365 días, la MATEPSS, a través de sus facultativos, emite un parte médico de alta.

Desde el mes de octubre del año 2011, las MATEPSS transmiten diariamente al INSS, a través del sistema IFI-WEB, los partes médicos de alta y baja de los procesos de contingencias profesionales a su cargo, procedimiento enmarcado en el proyecto CRET@ (Control de Recaudación por Trabajador) que lleva a cabo la TGSS³⁹.

³⁹ La finalidad del proyecto CRET@ es que la TGSS pueda disponer de todos los datos necesarios para elaborar mensualmente los borradores de los documentos TC1 y TC2. Así, para poder consignar los importes de las deducciones necesita disponer de los datos esenciales de los procesos de incapacidad temporal de los trabajadores.

Los partes transmitidos se someten a un proceso de validación en el INSS, de cuyo resultado se informa a las MATEPSS para que puedan solventar, en su caso, los errores de los partes y proceder de nuevo a su envío. Los errores, que se devuelven codificados, son de dos tipos: errores que provocan el rechazo del parte e impiden su grabación en la aplicación «inca pago delegado», y errores que, por no considerarse esenciales, no impiden la admisión y grabación de los partes por el INSS.

Las deficiencias detectadas por el Tribunal en el procedimiento de remisión de los partes médicos son las siguientes:

1. No contempla la transmisión de los partes de confirmación por parte de las MATEPSS, lo que impide realizar un seguimiento de la situación de incapacidad temporal de los trabajadores.

2. Los partes con error no son rectificadas en todo caso por las MATEPSS, lo que impide que la información que contiene la aplicación «inca pago delegado» sea completa y esté debidamente actualizada, por lo que se dificulta su control⁴⁰.

3. Existe un gran número de incidencias que no pueden ser resueltas por las propias MATEPSS. En estos casos los errores sólo pueden ser solventados por las Direcciones Provinciales del INSS, que efectúan la rectificación manual de los datos grabados en la aplicación «inca pago delegado» que impidieron la correcta transmisión de los partes.

La falta de tratamiento automatizado de estas incidencias y su corrección manual a cargo del INSS supone una importante carga de trabajo para las Direcciones Provinciales, que complica el procedimiento de subsanación de las anomalías, lo que hace ineficiente este sistema. Además, el INSS no tiene aprobado un manual de procedimiento que determine las actuaciones que deben realizar las Direcciones Provinciales, lo que supone dejar al arbitrio de cada una de ellas la forma de actuar. Según la información facilitada por las MATEPSS fiscalizadas, algunas Direcciones Provinciales desconocen incluso el procedimiento a seguir cuando se solicita la modificación.

4. Existe un importante número de incidencias como consecuencia de que la configuración de la aplicación «inca pago delegado» no prevé determinada casuística, como los partes correspondientes a trabajadores en situación de desempleo, problemas con los trabajadores residentes en un país extranjero (debido a que el sistema obliga a enviar un código postal y provincia española en el domicilio del trabajador), etc.

IV.3.1.2 Procesos de duración superior a 365 días

Cuando el proceso de incapacidad temporal cumple los 365 días de duración, la gestión de aquél pasa a ser competencia del INSS, en virtud del artículo 128 del TRLGSS.

En la fiscalización se ha comprobado el incumplimiento de la obligación, por parte de la Mutua Montañesa, de enviar, a la Dirección Provincial del INSS de Santander, la información relativa a todos los procesos de duración superior a 365 días de las contingencias profesionales. En concreto, de los 67 procesos de incapacidad temporal por contingencias profesionales de duración superior a 365 días existentes en el ejercicio 2011, solamente 3 fueron remitidos a la Dirección Provincial del INSS, es decir, el 95,53% no fueron enviados, mientras que de los 47 existentes en el ejercicio 2012, sólo figuraban 5 como enviados a la citada Dirección Provincial (10,63%).

Por tanto, existe un riesgo evidente de incumplimiento de la obligación establecida en la normativa vigente en virtud de la cual transcurridos los 365 días de incapacidad temporal, las MATEPSS deben enviar al INSS las propuestas de actuación relativas a los procesos de contingencias profesionales, al ser esta entidad gestora la única competente para resolver.

En consecuencia, la falta de envío de la citada información al INSS, además del incumplimiento señalado, supone en la práctica el ejercicio por parte de las MATEPSS de una competencia que no les corresponde, como es la resolución de procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales de duración superior a 365 días.

Asimismo, el Tribunal ha podido comprobar que muchas MATEPSS que sí enviaban propuestas de alta al INSS, transcurrido el plazo de cinco días en los que opera el silencio administrativo, emitían partes de alta cuyas copias entregaban a los asegurados (algunas, incluso, los emitían con carácter previo al envío de la propuesta de alta al INSS), asumiendo de nuevo una competencia que no les corresponde.

⁴⁰ En las alegaciones formuladas por la Mutua Fraternidad Muprespa se señala que ya corrigió la incidencia en las comunicaciones que provocaba el rechazo de los partes emitidos, y que en la actualidad ya no se producen dichos rechazos.

IV.3.2 Procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes

En la gestión de incapacidad temporal por contingencias comunes en procesos de duración inferior a doce meses, las MATEPSS, además de efectuar el pago de la prestación de incapacidad temporal a partir del decimosexto día de baja, disponen de la posibilidad de emitir una propuesta motivada de alta médica al Servicio Público de Salud, de la facultad de realizar los actos de comprobación de la situación de incapacidad temporal, etc.

En el ámbito de la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes por parte de las MATEPSS, y a diferencia de la asistencia sanitaria prestada para las contingencias profesionales, se produce una paradoja que afecta a la gestión de la incapacidad temporal, dado que las MATEPSS son las entidades encargadas de abonar la prestación económica, si bien la prestación sanitaria corresponde a los Servicios Públicos de Salud de cada Comunidad Autónoma e INGESA, a pesar de que las propias MATEPSS disponen de servicios asistenciales adecuados para tratar la mayoría de los procesos de incapacidad temporal de contingencias comunes.

Una de las ineficiencias que genera este reparto de funciones se produce en el caso de existencia de retrasos en los Servicios Públicos de Salud, ante consultas con especialistas, tratamientos e intervenciones que el trabajador debe recibir para poder restablecerse de su incapacidad temporal e incorporarse a su trabajo.

Así, la existencia de demoras en los Servicios Públicos de Salud ocasiona que las MATEPSS deban seguir pagando la prestación económica por incapacidad temporal durante un período más largo de tiempo, aun cuando desde la propia MATEPSS podría prestarse la misma asistencia sanitaria que en el Servicio Público de Salud.

En este sentido el artículo 82 del Real Decreto 1993/1995 establece que «cuando, transcurridos más de quince días a partir de la baja en el trabajo, la situación de incapacidad se prolongase a consecuencia de la demora en la práctica de las pruebas diagnósticas o en la aplicación de tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos por el Servicio de Salud correspondiente, los servicios médicos de las Mutuas podrán llevar a cabo dichas pruebas o tratamientos, previo consentimiento informado del trabajador y con la conformidad de la autoridad sanitaria del Servicio de Salud correspondiente, una vez comprobada la adecuación y calidad de los mismos y en los términos y condiciones que se establezcan en los acuerdos y convenios a que se refiere el artículo 83.2».

Por tanto, existe la posibilidad de que sean las propias MATEPSS las que presten la asistencia sanitaria al trabajador, cumpliendo los requisitos establecidos en el citado artículo 82. Sin embargo, el cumplimiento de estos requisitos plantea varios inconvenientes:

— La MATEPSS no siempre obtiene la conformidad de la autoridad sanitaria correspondiente, o bien la obtiene con retraso. Así, las solicitudes de autorizaciones por parte de las MATEPSS en ocasiones no obtienen respuesta por parte de los Servicios Públicos de Salud (falta de respuesta sin causa aparente, falta de consenso entre los Servicios Públicos de Salud sobre quién es la «autoridad sanitaria» en concreto, etc.), lo que no posibilita que el trabajador sea atendido sanitariamente en la MATEPSS.

Asimismo, la conformidad por parte del Servicio Público de Salud también puede ocasionar retrasos en la finalización de la situación de incapacidad temporal, dado que para que la MATEPSS pueda prestar la asistencia sanitaria al trabajador, éste debe acudir primero al médico de atención primaria, que le remitirá al especialista (con la consiguiente demora), y el especialista presumiblemente encargará la realización de pruebas diagnósticas al trabajador (lo que supone de facto más demora).

En consecuencia, hasta que el especialista del Servicio Público de Salud no determina que es necesaria la realización de la intervención quirúrgica (es decir, hasta que la intervención no es prescrita por el Servicio Público de Salud correspondiente), la MATEPSS no puede tratar al trabajador con sus propios medios, lo que implica un mayor período durante el cual la MATEPSS debe abonar la prestación económica de incapacidad temporal por causas ajenas a su gestión.

— Además, existe la posibilidad de que sea el propio trabajador el que no dé su conformidad a que sean los servicios sanitarios de la MATEPSS los que le presten la asistencia sanitaria, en vez de los Servicios Públicos de Salud. En este supuesto, se estaría ante una situación de posible alargamiento innecesario de la incapacidad temporal por deseo del propio trabajador, no sólo ante su falta de conformidad con que sea la MATEPSS la que le preste la atención sanitaria, sino también ante la posibilidad de que la demora sea ocasionada por actuaciones del propio trabajador (si desde el Servicio Público de Salud le

facilitan una determinada cita para una intervención o consulta pero el paciente alude imposibilidad de acudir, implicaría una demora adicional a la demora habitual del Servicio Público de Salud)⁴¹.

IV.3.3 Prestaciones de incapacidad temporal satisfechas mediante pago delegado

IV.3.3.1 Partes médicos de contingencias comunes

De acuerdo con lo señalado en el apartado III del presente Informe, el INSS recibe los partes médicos de los Servicios Públicos de Salud y del INGESA a través de la aplicación IFI-WEB, así como todos los partes procedentes de las empresas a través del Sistema RED, y los reenvía a las MATEPSS correspondientes.

El siguiente cuadro muestra, de acuerdo con los datos facilitados por el INSS, la situación de los procesos de incapacidad temporal correspondientes a trabajadores asegurados por las MATEPSS de contingencias comunes, respecto a los partes de dichos procesos:

CUADRO 24

Situación de los partes remitidos por el INSS a las MATEPSS desde 1 de octubre de 2010 hasta 30 de abril de 2013⁴²

MATEPSS	Datos médicos y económicos	Sólo datos médicos	Sólo datos económicos ⁴³	Procesos con partes de alta sin partes de baja	Total
MUTUA ASEPEYO	982.181	342.853	37.643	6.176	1.368.853
FRATERNIDAD MUPRESPA	575.297	149.676	23.719	3.013	751.705
MUTUA MONTAÑESA	67.861	18.911	1.777	229	88.778
MUTUA NAVARRA	34.606	8.977	623	86	44.292
RESTO DE MATEPSS	4.315.539	1.297.745	171.401	27.162	5.811.847
TOTAL	5.975.484	1.818.162	235.163	36.666	8.065.475

Fuente: Elaboración por el Tribunal de Cuentas.

De acuerdo con el cuadro anterior, en el 74,09% de los procesos (5.975.484) constaba la información tanto de los partes médicos remitidos por los Servicios Públicos de Salud como la información económica transmitida por las empresas a través del Sistema RED, que es la situación prevista por la normativa vigente y que permite efectuar los controles adecuados sobre la situación de incapacidad temporal, sin perjuicio de las limitaciones que presenta la aplicación informática «inca pago delegado» a los que se ha hecho referencia en ese mismo apartado IV del presente Informe.

Por otra parte, en el 22,54% (1.818.162) del total de partes recibidos sólo constaba el parte médico remitido por los Servicios Públicos de Salud, situación que, a priori, no supone ningún riesgo de pagos indebidos de esta prestación, dado que no consta que las empresas pretendan practicarse deducción alguna, y que puede ser habitual puesto que hasta el decimosexto día de la baja laboral existen partes médicos pero no procede deducción alguna.

⁴¹ De acuerdo con el artículo 83 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las MATEPSS, «los acuerdos y convenios correspondientes fijarán las compensaciones económicas que hayan de satisfacerse por el Servicio Público de Salud de que se trate como contraprestación por los servicios realizados por las Mutuas, así como la forma y condiciones en que aquellas compensaciones serán satisfechas», por lo que el coste económico en que incurran las MATEPSS debe ser compensado por los Servicios Públicos de Salud, que ostentan la competencia de la prestación de asistencia sanitaria por contingencias comunes.

⁴² Ver nota a pie de página n.º 34.

⁴³ Es conveniente señalar que, aun cuando en la información facilitada por el INSS conste que para un determinado proceso únicamente existe la información contenida en el parte enviado por la empresa, existe la posibilidad de que en las MATEPSS conste además la información del parte emitida por los Servicios Públicos de Salud, por habérsela facilitado el propio trabajador.

Respecto a los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes (235.163 procesos) de los que las MATEPSS únicamente disponían de información procedente de las propias empresas, puede darse el riesgo de que el proceso de baja no exista realmente, dado que no consta un parte de baja emitido por los Servicios Públicos de Salud, por lo que se podrían estar produciendo deducciones indebidas por parte de las empresas.

En particular, durante la fiscalización se comprobó en las cuatro MATEPSS seleccionadas que el parte remitido por la empresa era suficiente para su validación y para iniciar el pago de la prestación económica de incapacidad temporal, por lo que existe el riesgo de pago de un proceso de incapacidad temporal inexistente o creado fraudulentamente por una empresa⁴⁴.

IV.3.3.2 Control de las prestaciones de pago delegado

El siguiente cuadro muestra las obligaciones reconocidas por el INSS y por las MATEPSS en incapacidad temporal para los ejercicios 2011 y 2012, clasificadas por tipo de pago:

CUADRO 25

Obligaciones reconocidas por el INSS y las MATEPSS en incapacidad temporal

Ejercicios 2011 y 2012

(En euros)

	Tipo de pago	2011	%	2012	%
INSS	Pago delegado	1.590.157.231,27	25,55	1.280.695.794,11	24,14
	Pago directo	679.139.560,06	10,91	580.211.276,35	10,93
MATEPSS ⁴⁵	Pago delegado	2.696.320.880,19	43,33	2.285.058.600,02	43,06
	Pago directo	1.257.360.338,03	20,21	1.160.291.590,55	21,87
TOTAL		6.222.978.009,55	100,00	5.306.257.261,03	100,00

Fuente: Información de la Seguridad Social.

Las MATEPSS reciben mensualmente de la TGSS a través de la aplicación IFI-WEB, un fichero informático con la información de los trabajadores que figuran en los documentos TC2 por los que las empresas asociadas se han practicado deducciones.

De acuerdo con el protocolo de información existente entre las MATEPSS y la TGSS, las primeras envían mensualmente a la TGSS un fichero con los CCC de todas sus empresas asociadas y la TGSS les remite los datos de recaudación (recibos de liquidación y documento TC1), entre los que se incluyen los correspondientes a las compensaciones de incapacidad temporal de dichos CCC.

Con el fin de analizar la gestión recaudatoria del INSS y de las MATEPSS, en la fiscalización se han comparado los importes de las deudas emitidas y pagadas por estas entidades correspondientes a las deducciones indebidas practicadas por las empresas que fueron comunicadas a la TGSS, si bien bajo la consideración de que los colectivos gestionados por dichas entidades no son homogéneos.

Así, en el ejercicio 2011 las obligaciones reconocidas por pago delegado del INSS y las MATEPSS ascendieron a 4.286.478.111,46 euros (cuadro 25), de los que el 62,90% (2.696.320.880,19 euros) correspondieron a las MATEPSS, y el 37,10% (1.590.157.231,27 euros) al INSS.

Estos porcentajes respecto a las obligaciones reconocidas clasificados por entidad, a priori, deberían guardar cierta relación proporcional con los importes comunicados por dichas entidades a la TGSS respecto a la deuda a reclamar a las empresas por deducciones indebidas de pago delegado. Sin embargo,

⁴⁴ No se puede aceptar la alegación de la Mutua Fraternidad Muprespa, ya que siempre que se produce el pago de la prestación económica de incapacidad temporal sin que exista el documento legal que origina el inicio de la prestación, esto es, el parte médico de baja, existe un evidente riesgo de pago por procesos inexistentes, máxime cuando las MATEPSS no citan para el reconocimiento médico a todos sus asegurados, principalmente en aquellas bajas de corta duración.

⁴⁵ Ver nota al pie de página n.º 9.

como se deduce del anexo n.º 1, el importe total de deuda emitida por las MATEPSS en el ejercicio 2011 ascendió a 103.124.024,35 euros, mientras que ese mismo importe correspondiente al INSS fue de tan sólo 1.286.122,68 euros. Es decir, mientras que las obligaciones reconocidas por el INSS representaron el 37,10% sobre el total, la gestión recaudatoria de las deudas emitidas por pagos indebidos representó tan sólo el 1,23% del total, en contraposición con la gestión de estas deudas por las MATEPSS, que representó el 98,77%.

Si se tiene en cuenta el importe de la deuda realmente cobrada para ese mismo ejercicio, los porcentajes para el INSS son mucho más dispares, correspondiendo sólo un 0,30% del importe total pagado al INSS (109.212,84 euros), y el 99,70% restante a las MATEPSS (38.701.383,52 euros).

Por tanto, y de acuerdo con los datos anteriores, el procedimiento de control implantado por las MATEPSS resulta más fiable y eficiente que el establecido por el INSS, ya que permite a estas entidades colaboradoras disponer de todas las deducciones practicadas por sus empresas asociadas, de forma que pueden averiguar los descuentos efectuados en los documentos TC2 sin proceso de incapacidad temporal, y, asimismo, evita la deficiencia detectada en el INSS en virtud de la cual un 64% de los procesos de incapacidad temporal del INSS quedan fuera del procedimiento de control, al no solicitar éste información sobre las deducciones de todos sus procesos de incapacidad temporal, sino sólo de una selección de los mismos efectuada por el propio INSS.

Como ya se ha señalado anteriormente, los mayores controles de las MATEPSS respecto a las del INSS se materializan en el mayor importe de deuda solicitada por la TGSS en contraste con el importe de obligaciones de pago delegado de cada una de estas entidades.

A mayor abundamiento, en el ejercicio 2011 el gasto presupuestario en concepto de incapacidad temporal del conjunto de las MATEPSS representó el 69,46% de su ejecución, mientras que en el INSS este gasto fue de tan sólo el 2,16%, lo que pone de manifiesto la especialización de las MATEPSS en esta materia, debido a que utilizan mayores recursos personales y materiales para la gestión y control de esta prestación.

IV.3.4 Prestaciones de incapacidad temporal satisfechas mediante pago directo

IV.3.4.1 Pago directo por cese de la relación laboral

Uno de los supuestos por el que las entidades del sistema de la Seguridad Social deben realizar el pago directo de la prestación de incapacidad temporal al trabajador se produce cuando éste cesa en la relación laboral con la empresa y sigue de baja médica, por lo que en esta situación el empresario no puede seguir pagando la prestación económica en régimen de pago delegado al trabajador, por no formar éste parte de su plantilla.

En este caso, los trabajadores recibirán la prestación económica de incapacidad temporal mediante pago directo por parte de su entidad aseguradora (INSS, ISM o MATEPSS), y una vez finalice su proceso de incapacidad, percibirán su prestación de desempleo, en caso de que tengan derecho a la misma.

En el análisis del Tribunal se detectó un posible riesgo de que los trabajadores que perciben mediante pago directo esta prestación económica de incapacidad temporal pudieran recibir duplicadamente a su vez prestaciones por desempleo a cargo del SEPE en el mismo período de tiempo. Esta situación se detectó en los pagos efectuados por la Mutua Asepeyo⁴⁶, relativos a trabajadores que, si bien habían extinguido su relación laboral con la empresa, seguían en situación de incapacidad temporal.

En efecto, del total de pagos directos efectuado por la Mutua Asepeyo se verificó la existencia de 538 beneficiarios (176 en el ejercicio 2010, 186 en 2011 y 176 en 2012) que, durante el mismo período, percibieron una prestación económica por incapacidad temporal de la propia Mutua y, a la vez, una prestación económica por desempleo, situación incompatible dado que se trata de dos prestaciones del sistema de la Seguridad Social. El importe satisfecho de forma indebida a estos beneficiarios ascendió a 37.187,29 euros en el ejercicio 2010, 36.468,71 euros en 2011 y 33.542,75 euros en 2012.

⁴⁶ En la fiscalización se seleccionó esta Mutua debido a que los pagos directos realizados por la misma durante los ejercicios 2011 y 2012 representaron el mayor porcentaje respecto al total de pagos directos realizados por el conjunto de MATEPSS (657.516.603,00 euros de obligaciones reconocidas por pago directo por parte de la Mutua Asepeyo en el ejercicio 2011 respecto a 1.257.360.338,03 euros de importe total, y 571.293.331,55 euros en el ejercicio 2012 respecto a 1.160.291.590,55 euros).

Asimismo, existe el riesgo de que esta incidencia se produzca también para otros trabajadores asegurados por el resto de MATEPSS, así como para trabajadores asegurados por el INSS.

La Secretaría de Estado de Empleo señala en sus alegaciones que comparte la opinión de este Tribunal y que, en tanto se soluciona el problema de la comunicación por parte de las MATEPSS a la TGSS, el SEPE incluirá en sus planes de actuación un plan específico de control para la detección de las posibles duplicidades de las prestaciones por desempleo que abona con la percepción de incapacidad temporal pagadas por las MATEPSS.

IV.3.4.2 Pago directo por incumplimiento empresarial

Otra de las causas por las que las entidades del sistema de la Seguridad Social son responsables del pago de la prestación de incapacidad temporal en régimen de pago directo a los trabajadores se produce en caso de incumplimiento de la obligación de las empresas de realizar el pago delegado de la prestación de incapacidad temporal, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16 de la Orden de 25 de noviembre de 1966.

Durante la fiscalización se analizaron los datos relativos al incumplimiento de la obligación de realizar el pago delegado por parte de las empresas en las cuatro MATEPSS fiscalizadas (Mutua Asepeyo, Mutua Fraternidad-Muprespa, Mutua Montañesa y Mutua Navarra).

Los importes abonados mediante pago directo por cada una de estas cuatro MATEPSS por incumplimiento empresarial en el ejercicio 2011 fueron los siguientes:

CUADRO 26

Importes abonados por las MATEPSS en pago directo por incumplimiento empresarial

Ejercicio 2011

(En euros)

MATEPSS	N.º Expedientes	Importe	Importe medio
Mutua Asepeyo	941	1.694.017,75	1.800,23
Mutua Fraternidad-Muprespa	234	844.663,54	3.609,67
Mutua Montañesa	572	317.677,52	555,38
Mutua Navarra	24	42.532,84	1.772,20
TOTAL	1.771	2.898.891,65	1.636,87

Fuente: Información de las Mutuas.

Se ha verificado la existencia de posibles pagos indebidos motivados porque las empresas, aun habiendo incumplido la obligación de realizar el pago delegado de la prestación, pueden seguir deduciéndose importes en las cotizaciones a la Seguridad Social por este concepto. Así, se ha observado, a modo de ejemplo, en la Mutua Navarra respecto de una deuda que finalmente resultó incobrable, por importe de 20.416,46 euros, procedente de dos empresas (por importes de 12.914,91 y 7.501,55 euros) que se practicaron deducciones indebidas por pago delegado en los ejercicios 2010 y 2011, a pesar de que esta Mutua tuvo que realizar el pago directamente a los trabajadores por incumplimiento de la obligación de las empresas de realizar el pago delegado.

IV.4 Colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal

El artículo 4 del TRLGSS prevé que los trabajadores y los empresarios colaboren en la gestión de la Seguridad Social en los términos establecidos en la citada norma. A este respecto, el artículo 77 del citado TRLGSS señala lo siguiente:

«1. Las empresas, individualmente consideradas y en relación con su propio personal, podrán colaborar en la gestión de la Seguridad Social exclusivamente en alguna o algunas de las formas siguientes:

- a) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional, incluido el subsidio consiguiente que corresponda durante la indicada situación.
- b) (Suprimido).
- c) Pagando a sus trabajadores, a cargo de la entidad gestora obligada, las prestaciones económicas por incapacidad temporal, así como las demás que puedan determinarse reglamentariamente.
- d) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral, en las condiciones que establezca el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Las empresas que se acojan a esta forma de colaboración tendrán derecho a reducir la cuota a la Seguridad Social, mediante la aplicación del coeficiente que, a tal efecto, fije el Ministerio de Empleo y Seguridad Social».

De acuerdo con el precepto anterior, la colaboración de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal puede articularse de dos formas:

- Colaboración obligatoria, conforme a lo dispuesto en el apartado c) del artículo 77.1 del TRLGSS: el denominado «pago delegado», cuyo análisis se ha efectuado en el apartado III del presente Informe, y que es la norma general de colaboración.
- Colaboración voluntaria, conforme a lo dispuesto en los apartados a y d) del artículo 77.1 del TRLGSS.

La diferencia fundamental entre ambos tipos de colaboración consiste en que las empresas que colaboran obligatoriamente lo hacen anticipando a los trabajadores el pago de la prestación económica de incapacidad temporal, importe que posteriormente minoran en sus cotizaciones a la Seguridad Social, por lo que no existe ninguna posibilidad de lucro mercantil para estas empresas.

Por el contrario, las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal asumen los costes de dicha gestión (prestación económica y, en su caso, prestación sanitaria), y en compensación aplican unos coeficientes reductores en sus cotizaciones a la Seguridad Social aprobados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

IV.4.1 Tipos de empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal

Existen dos tipos de empresas colaboradoras de carácter voluntario en la gestión de la incapacidad temporal, según las competencias que tienen asumidas, que se detallan a continuación:

- a) Empresas que asumen las prestaciones de asistencia sanitaria y el pago de la prestación de incapacidad temporal derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que se corresponden con las del apartado a) del artículo 77.1.

Para compensar el gasto que supone la gestión de esta incapacidad temporal, las empresas tienen derecho a realizar unas minoraciones en las cotizaciones a la Seguridad Social. En concreto, al efectuar la cotización según las tarifas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales pueden minorar la parte de cuota correspondiente a las prestaciones sanitarias y económicas, si bien deben ingresar en la TGSS, en concepto de aportación al sostenimiento de los servicios comunes y sociales de la Seguridad Social, la cantidad que resulte de aplicar el coeficiente que para cada ejercicio fije el Ministerio de Empleo y Seguridad Social sobre la parte de cuota correspondiente a incapacidad permanente, muerte y supervivencia.

b) Empresas que asumen exclusivamente el pago de las prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral, que se corresponden con el apartado d) del artículo 77.1.

Las empresas que realizan este tipo de colaboración tienen derecho a reducir en las cotizaciones a la Seguridad Social la cuota que les correspondería satisfacer de no existir la colaboración, mediante la aplicación del coeficiente que anualmente fija el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 62 del Real Decreto 2064/1995. Para el ejercicio 2012 este coeficiente fue del 0,055 sobre la cuota y para el ejercicio 2013, el 0,050.

La imputación en los presupuestos de la Seguridad Social, tanto del gasto como del ingreso derivado de la colaboración voluntaria de estas empresas, se materializa de dos formas: a) la TGSS refleja en su presupuesto de ingresos, en concepto de cotizaciones, el importe que estas empresas han minorado en sus cotizaciones a la Seguridad Social y b) el INSS imputa a su presupuesto de gastos, en concepto de prestación económica de incapacidad temporal el mismo importe que la TGSS reflejó como ingreso, por lo que el resultado presupuestario para la Seguridad Social no está afectado.

En consecuencia, el presupuesto de gastos del INSS no refleja el importe abonado por las empresas a los trabajadores por la incapacidad temporal, sino las cantidades que han minorado estas empresas en sus cotizaciones que, como se señala a lo largo de este Informe, no son las mismas cuantías.

Los importes de esta compensación imputada al presupuesto de gastos en el subconcepto 482.2 «Compensación por colaboración empresas colaboradoras», de acuerdo con la ejecución del presupuesto de gastos del INSS en los ejercicios 2010, 2011 y 2012, fueron los siguientes:

CUADRO 27

Obligaciones reconocidas por el INSS por la compensación a empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal

Ejercicios 2010, 2011 y 2012

Concepto presupuestario	2010	2011	2012
482.1 Subsidio temporal por enfermedad o accidente	2.468.830.495,79	2.154.355.776,25	1.742.428.508,18
482.2 Compensación por colaboración empresas colaboradoras	108.217.919,11	114.941.015,08	118.478.562,28
TOTAL	2.577.048.414,90	2.269.296.791,33	1.860.907.070,46

Fuente: Información del INSS.

Es de destacar que, existiendo una tendencia a la baja en el importe del gasto en incapacidad temporal en el INSS, al igual que en el resto de entidades del sistema de la Seguridad Social (ISM y MATEPSS), en los supuestos de compensación a las empresas colaboradoras de carácter voluntario, la tendencia en el gasto es al alza. En concreto, el importe de las obligaciones reconocidas por este concepto aumentó en el ejercicio 2012 (118.478.562,28 euros) un 3,08% respecto a 2011 (114.941.015,08 euros), mientras que en el ejercicio 2011 el importe fue superior un 6,21% respecto a 2010 (108.217.919,11 euros).

Asimismo, es especialmente llamativo que el gasto en prestaciones económicas de incapacidad temporal de las empresas colaboradoras aumentó un 3,08% en el período 2011-2012 (cuadro 27), mientras que en el conjunto del sistema de la Seguridad Social disminuyó un 14,11% (cuadro 5).

Esta situación induce a este Tribunal a considerar que los importes que minoran estas empresas en sus cotizaciones a la Seguridad Social, que es el mismo que se imputa como gasto presupuestario, pudieran ser excesivos, a priori, en comparación con lo que sucede para el resto de Entidades del Sistema de la Seguridad Social, aun cuando no se han fiscalizado las cotizaciones a la Seguridad Social efectuadas por dichas empresas.

El siguiente cuadro refleja el número de empresas colaboradoras voluntarias con la Seguridad Social en la gestión de la incapacidad temporal existentes a 18 de enero de 2013 (fecha de realización de las actuaciones fiscalizadoras), según las bases de datos de la TGSS:

CUADRO 28

Número de empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal a 18 de enero de 2013

Tipo de empresa colaboradora	N.º de empresas	%
Empresas que asumen la ASISTENCIA SANITARIA + PRESTACIÓN IT CONTINGENCIAS PROFESIONALES art. 77.1.a. TRLGSS	133	36
Empresas que asumen la PRESTACIÓN IT CONTINGENCIAS COMUNES art. 77.1.d. TRLGSS	237	63
Empresas que asumen la ASISTENCIA SANITARIA + PRESTACIÓN IT CONTINGENCIAS COMUNES art. 77.1.b. TRLGSS (derogado)	3	1
TOTAL	373	100

Fuente: Información facilitada por la TGSS.

De acuerdo con el cuadro anterior, de las 373 empresas colaboradoras voluntarias en la gestión de la incapacidad temporal, el 35,56% tenían asumidas las prestaciones de asistencia sanitaria y el pago de las prestaciones económicas derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el 63,64% sólo tenían asumido el pago de las prestaciones económicas por incapacidad temporal derivadas de enfermedad común o accidente no laboral, mientras que tan sólo el 0,80% asumían tanto el pago de las prestaciones de asistencia sanitaria como las prestaciones económicas de incapacidad temporal derivadas de enfermedad común o accidente no laboral, colaboración actualmente derogada⁴⁷.

IV.4.2 Controles sobre las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal

IV.4.2.1 Control realizado por la Intervención General de la Seguridad Social (IGSS)

El artículo 174 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, establece que «la auditoría pública de las empresas colaboradoras se ejercerá a través de la Intervención General de la Seguridad Social respecto a la gestión de la acción protectora a la que se refiere el artículo 77 de la Ley General de la Seguridad Social».

Por su parte, el Real Decreto 706/1997, de 16 de mayo, por el que se desarrolla el régimen de control interno ejercido por la Intervención General de la Seguridad Social, señala en su artículo 39, relativo al control financiero de las MATEPSS y demás entidades colaboradoras de la Seguridad Social, que «el control financiero de las empresas colaboradoras se ejercerá respecto a la gestión de la acción protectora a la que se refiere el artículo 77 de la Ley General de la Seguridad Social».

En los Planes Anuales de Auditorías y Control Financiero de Subvenciones y Ayudas Públicas de la IGSS se ha ido aumentando el número de empresas colaboradoras a auditar desde el año 2011 (de 6 empresas colaboradoras en el año 2011 a 18 en 2012 y a 23 en 2013).

Asimismo, de acuerdo con el artículo 35 del Real Decreto 706/1997, los informes definitivos de control financiero sobre empresas colaboradoras serán remitidos por la IGSS «al órgano de dirección y tutela [es decir, a la DGOSS] y a las propias empresas que colaboran en la gestión».

Sin embargo, en el mes de diciembre de 2012, fecha en la que se desarrollaron los trabajos de fiscalización en la sede de la DGOSS, sólo constaban en este Centro Directivo dos Informes de Auditoría de empresas colaboradoras en la gestión de la incapacidad temporal, elaborados por la IGSS, uno correspondiente al Plan Anual de Auditorías del año 2009 y el otro al del año 2010.

⁴⁷ La DGOSS señala en sus alegaciones que «con fecha 19 de febrero de 2009 se cursó escrito individualizado a cada una de las empresas afectadas, comunicando que a partir de 1 de enero de 2009 quedaba suprimida la citada modalidad de colaboración». No obstante, en la base de datos facilitada por la TGSS a este Tribunal de Cuentas, en la que constaban las empresas que colaboraban voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal a 18 de enero de 2013, figuran tres empresas en esta modalidad de colaboración, por lo que sería conveniente que ambas entidades contrastaran su información, con objeto de que la misma esté actualizada.

Del análisis realizado sobre el contenido de estos informes se deducen múltiples carencias en la gestión efectuada por dichas empresas colaboradoras, relativas a la falta de dotación de las reservas preceptivas, la no aplicación de los excedentes generados a la mejora de las prestaciones de incapacidad temporal, la falta de registro en una contabilidad diferenciada de todas y cada una de las operaciones relativas a esta colaboración, así como la imputación indebida de gastos o la falta de ingreso de excedentes en la TGSS.

IV.4.2.2 Control realizado por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS)

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6 del Real Decreto 343/2012, de 10 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, entre las funciones de la DGOSS se encuentra la coordinación y tutela sobre la gestión de las empresas colaboradoras. En concreto, esta coordinación y tutela se instrumenta mediante:

- La recepción y análisis de los informes de control financiero remitidos por la IGSS a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior.
- La verificación de la liquidación presentada por las empresas colaboradoras cuando renuncian a la colaboración voluntaria de la gestión de la incapacidad temporal, la cual se analiza en este epígrafe.

En concreto, la Orden de 25 de noviembre de 1966 señala que las empresas colaboradoras voluntarias podrán renunciar a la colaboración en la gestión de la incapacidad temporal, de forma temporal o definitiva. El cese voluntario en la colaboración, cuya fecha de efectos deberá coincidir necesariamente con el inicio del año natural siguiente, se instará por la propia empresa mediante solicitud motivada ante la DGOSS, acompañada de informe al respecto de los representantes legales de los trabajadores, debiendo ser presentada antes del 30 de septiembre del año anterior a aquel en que deba tener efectividad.

Durante el año 2011, seis empresas solicitaron la extinción de la colaboración voluntaria en la gestión de la incapacidad temporal, lo que conllevó la liquidación en la colaboración, de acuerdo con la citada Orden, que señala que «adoptado el acuerdo de suspensión o cese en la colaboración (...) la empresa, en el plazo de tres meses, procederá a la liquidación de las operaciones relativas a la colaboración, ingresando en la TGSS los excedentes que, en su caso, resulten».

Del análisis de los seis expedientes de extinción de la colaboración se ha detectado que en cuatro de los mismos, la DGOSS acordó el cese de la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal, instando a éstas a efectuar el ingreso en la TGSS de los excedentes resultantes tras la liquidación en el plazo reglamentario de tres meses. Sin embargo, este Tribunal ha verificado que este plazo había transcurrido ampliamente sin que constase a la DGOSS que se hubiera efectuado el ingreso correspondiente⁴⁸.

Por tanto, de acuerdo con lo señalado, existe el riesgo de que las empresas colaboradoras voluntarias, al finalizar esta colaboración, no efectúen el ingreso de los excedentes de la gestión en la TGSS, máxime cuando alguna de estas empresas solicita el concurso de acreedores o situación similar.

Por otra parte, el importe de las reservas que deben dotar estas empresas forma parte de los fondos de la Seguridad Social cuyo origen inicial fueron minoraciones en las cotizaciones de la Seguridad Social, si bien ni la TGSS tiene contabilizadas estas reservas en su balance ni los fondos están a disposición de la TGSS, a diferencia del excedente que obtienen las MATEPSS. El importe acumulado de todas reservas dotadas por las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal ascendió a 2.410.201,74 euros.

En este sentido, conviene recordar que las MATEPSS (asociaciones de empresarios que también colaboran en la gestión de las prestaciones de incapacidad temporal) deben ingresar antes del 31 de julio de cada año el exceso del resultado económico positivo derivado de la gestión de las contingencias profesionales, una vez dotada la reserva de estabilización, en la cuenta corriente que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social tiene en el Banco de España (cuenta especial del Fondo de Prevención y Rehabilitación), a disposición de la TGSS, de acuerdo con el artículo 66 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes

⁴⁸ La DGOSS remitió, en el trámite de alegaciones, documentación justificativa del ingreso efectuado en la TGSS por parte de una de las cuatro empresas mencionadas, la cual realizó dicho ingreso en fecha posterior a la finalización de las actuaciones fiscalizadoras.

de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. En el anexo n.º 4 se recoge el importe de los excedentes generados por las MATEPSS en los ejercicios 2010 y 2011.

Asimismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 73 del citado Real Decreto 1993/1995, cuando la reserva de estabilización de incapacidad temporal por contingencias comunes se encuentre dotada en su cuantía máxima, los resultados positivos que se deriven de esta gestión se ingresarán por las MATEPSS en el Fondo de Reserva de la Seguridad Social a disposición de la TGSS.

Como se desprende de los párrafos anteriores, las MATEPSS deben ingresar periódicamente los excedentes resultantes de la gestión de las contingencias comunes y profesionales en cuentas corrientes a disposición de la TGSS, mientras que los excedentes que obtienen las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal están a disposición de las propias empresas.

IV.4.2.3 Control sobre las empresas que colaboran exclusivamente en la gestión de la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes

La DGOSS recibe anualmente información relativa a la gestión de las empresas colaboradoras que asumen la prestación de asistencia sanitaria y la prestación económica de incapacidad temporal en contingencias profesionales (artículo 77.1.a del TRLGSS). También recibe información de aquellas empresas que, además de la colaboración señalada anteriormente, asumen la colaboración en la prestación económica de contingencia comunes (artículos 77.1.a y 77.1.d).

La información que remiten estas empresas contiene datos relativos a los ingresos (primas de incapacidad temporal por accidentes de trabajo y enfermedad profesional retenidas) y gastos (coste de la asistencia sanitaria en instalaciones propias, asistencia ambulatoria con medios ajenos, prestaciones económicas, administración general, aportación al sostenimiento de los servicios comunes y sociales de la Seguridad Social, etc.), dimanantes de la colaboración, así como el resultado del ejercicio y la dotación a la reserva de estabilización, entre otros.

Sin embargo, la DGOSS no recibe información de ningún tipo relativa a las empresas colaboradoras que únicamente asumen la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes, sin prestar asistencia sanitaria (artículo 77.1.d del TRLGSS). Por tanto, la DGOSS no realiza las actuaciones de tutela y gestión sobre estas empresas, tal y como exige el Real Decreto 343/2012, de 10 de febrero.

Asimismo, las empresas que colaboran única y exclusivamente en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes (y no en la prestación de asistencia sanitaria que lleva asociada la incapacidad temporal), tienen como contraprestación el derecho a reducir las cuotas a la Seguridad Social que les correspondería satisfacer de no existir esta colaboración, mediante la aplicación del coeficiente estimativo que anualmente fija el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Como se ha señalado, las empresas que colaboran en la gestión de la incapacidad temporal de forma obligatoria, a través del pago delegado (artículo 77.1.c) realizan el pago de la prestación al trabajador, deduciéndose el mismo a través de las cotizaciones a satisfacer a la Seguridad Social, por lo que la empresa no incurre en lucro mercantil por esta colaboración, sino que actúa de mero intermediario entre el trabajador y la entidad gestora o colaboradora responsable del pago.

Sin embargo, las empresas que colaboran de forma voluntaria, asumiendo el pago de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencia común, aplican el coeficiente reductor aprobado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social sobre las cuotas a abonar a la Seguridad Social sin ninguna relación con el importe real de las prestaciones económicas de incapacidad temporal que hayan satisfecho.

A la vista de la documentación que las empresas colaboradoras deben enviar a la DGOSS anualmente, con información de los resultados derivados de la gestión de la colaboración voluntaria, se han comparado los resultados obtenidos por las empresas que asumen tanto la asistencia sanitaria como la prestación económica de incapacidad temporal en contingencias profesionales (artículo 77.1.a del TRLGSS) con los de las empresas que, además de la prestación sanitaria y económica por contingencias profesionales, también asumen la prestación económica por contingencias comunes (artículo 77.1.a y 77.1.d).

Del análisis realizado se desprende que durante el ejercicio 2011, el 44,23% de las empresas que únicamente asumían la prestación sanitaria y económica por contingencias profesionales (opción 77.1.a del TRLGSS) tuvieron beneficios económicos por la gestión de estas prestaciones.

Sin embargo, del total de las empresas que colaboraban en ambos sistemas, en este mismo ejercicio, el 72,73% obtuvieron resultados positivos sólo respecto a la colaboración de la prestación económica de incapacidad temporal. Es decir, fue más rentable para estas empresas colaboradoras gestionar solo la

incapacidad temporal (artículo 77.1.d) sin tener que asumir las prestaciones sanitarias, que en este caso son por cuenta de los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA y del INGESA.

Por tanto, para las 237 empresas que colaboran exclusivamente en la gestión de la prestación de incapacidad temporal, de las que la DGOSS no tiene información, por extrapolación de los datos anteriores es razonable considerar que están teniendo beneficios económicos derivados de esta colaboración. En caso contrario, es obvio concluir que estas empresas renunciarían a la colaboración voluntaria.

Asimismo, conviene señalar que los partes médicos correspondientes a los trabajadores de estas empresas colaboradoras que deben remitir los Servicios Públicos de Salud e INGESA al INSS mediante transacción informática (IFI-WEB), son rechazados por la aplicación «inca pago delegado» que gestiona el INSS, por lo que la Seguridad Social desconoce la situación de las bajas médicas de los trabajadores que prestan sus servicios a estas empresas, lo que impide verificar el coeficiente reductor correcto que deberían aplicar.

A mayor abundamiento, aun cuando estas empresas deben ingresar los excedentes obtenidos en la TGSS cuando cesen en la colaboración voluntaria, existe un riesgo de falta de ingreso de los mismos debido a la posible existencia de situaciones como concurso de acreedores, situación financiera crítica, etc.

V. CONVENIOS DE COLABORACIÓN PARA EL CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

En el apartado tercero de la disposición adicional undécima del TRLGSS se contempla la posibilidad de suscribir acuerdos de colaboración entre las Administraciones Públicas con objeto de establecer una gestión eficaz de la prestación de incapacidad temporal, pero es concretamente el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, el que contempla la creación y dotación de un Fondo denominado «Programa de ahorro en incapacidad temporal (IT)», destinado a la mejora y control de la prestación por incapacidad derivada de contingencias comunes.

Este Fondo tiene como finalidad adoptar los programas y medidas dirigidos al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para las contingencias comunes, y ha sido dotado en todos los ejercicios, cuyos importes debían ser actualizados en función de la evolución del Índice de Precios al Consumo (IPC). Cada Comunidad Autónoma participa en el citado Fondo según su población protegida de asistencia sanitaria, de conformidad con los últimos datos oficiales.

En la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, ya no figura el llamado «Programa de ahorro en incapacidad temporal»; sin embargo, los convenios de colaboración formalizados al amparo de la anterior normativa para el control de la incapacidad temporal han continuado en vigor.

En el ejercicio 2011 estaban vigentes los convenios de colaboración formalizados entre el antiguo Ministerio de Trabajo e Inmigración y todas las CC.AA, exceptuando la Comunidad Foral de Navarra y del País Vasco, así como con el INGESA, adscrito actualmente Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Ciudades de Ceuta y Melilla), con una duración cuatrienal comprendida entre los años 2009 y 2012.

Para las Comunidades Foral de Navarra y del País Vasco, el Ministerio de Trabajo e Inmigración formalizó sendos convenios de colaboración de duración anual, siendo el ejercicio 2010 el primero que se dotaron y ejecutaron.

En el cuadro siguiente se recoge el importe de las obligaciones reconocidas en el presupuesto de gastos del INSS en el período 2009 a 2012 para esta finalidad, con detalle por CC.AA:

CUADRO 29

Obligaciones reconocidas por el INSS en ejecución de los convenios de colaboración

(En euros)

Comunidades autónomas/ Ciudades autónomas	Ejercicio 2009	Ejercicio 2010	Ejercicio 2011	Ejercicio 2012
Andalucía	56.325.789,84	56.819.044,40	58.667.286,40	59.248.070,85
Aragón	9.107.230,28	9.201.587,63	9.430.933,87	9.458.813,31
Principado de Asturias	7.597.765,75	7.622.437,28	7.786.933,50	7.786.938,49
Canarias	14.451.066,22	14.607.140,76	15.045.211,97	15.157.095,47
Cantabria	4.068.228,13	4.099.717,26	4.229.188,47	4.243.772,44
Castilla-La Mancha	14.190.149,90	14.424.931,10	14.888.669,03	15.056.259,43
Castilla y León	17.419.037,39	17.401.022,15	17.793.664,98	17.853.275,92
Cataluña	52.217.936,65	52.810.431,96	54.321.591,06	54.714.025,67
Extremadura	7.489.860,88	7.500.964,17	7.713.191,41	7.760.924,43
Galicia	19.223.946,05	19.253.486,98	19.725.623,32	19.779.874,88
Illes Balears	7.531.849,67	7.683.173,83	7.926.978,39	8.012.005,41
La Rioja	2.212.006,28	2.247.252,42	2.291.802,26	2.304.374,22
Madrid	42.946.021,30	43.669.580,89	45.245.169,38	45.643.479,32
Región de Murcia	9.804.080,24	9.930.426,25	10.280.173,23	10.375.694,07
Comunitat Valenciana	35.214.103,16	35.530.882,92	36.502.162,20	36.651.754,26
Ceuta y Melilla	876.928,26	880.680,00	944.663,33	977.100,43
TOTAL	300.676.000,00	303.682.760,00	312.793.242,80	315.023.458,60

Fuente: Información del INSS.

Según establecen los propios convenios de colaboración, la distribución del crédito presupuestario entre las CC.AA para la ejecución de estos convenios estaba determinada por dos variables: a) la población protegida por asistencia sanitaria, y b) el incremento del IPC. Concretamente, para el ejercicio 2009 el INSS asignó a todas las CC.AA un importe de 7,25 euros por cada persona protegida por asistencia sanitaria.

Sin embargo, en el ejercicio 2010 dicha cantidad fue diferente entre las distintas CC.AA, con importes que variaron desde los 7,10 euros por persona para Ceuta y Melilla, hasta los 7,27 euros para la Comunidad Autónoma de La Rioja.

V.1 Convenios generales de colaboración con las Comunidades Autónomas

Como ya se ha señalado anteriormente, para poder desarrollar el «Programa de ahorro en incapacidad temporal», el Ministerio de Trabajo e Inmigración suscribió, con cada Comunidad Autónoma (excepto la Comunidad Foral de Navarra y del País Vasco), un convenio de colaboración para el período 2009-2012 que tiene naturaleza administrativa y cuya finalidad es el control del gasto relativo a la incapacidad temporal y la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria.

Los convenios de colaboración suscritos establecen los objetivos concretos que debe cumplir cada Comunidad Autónoma en el denominado «Plan de actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la incapacidad temporal y la racionalización del gasto» (en adelante Plan de Actuaciones).

El Plan de Actuaciones fija el programa de actividades y los objetivos de racionalización del gasto, así como la ponderación de cada uno de estos objetivos, que han sido los mismos en el período 2009-2012. Concretamente, se establece una distribución del crédito de la siguiente forma:

- Un 70% en relación al grado de cumplimiento de un Programa de actividades de modernización y mejora de la gestión y control de la incapacidad temporal.
- Un 30% en relación al grado de cumplimiento de los objetivos de racionalización del gasto.

De acuerdo con lo establecido en los convenios de colaboración, corresponde al INSS efectuar, con cargo a su presupuesto de gastos, los correspondientes anticipos a las CC.AA y las liquidaciones correspondientes.

La liquidación definitiva del crédito asignado a cada Comunidad Autónoma se efectúa en función del grado de cumplimiento por parte de éstas de determinadas actuaciones de gestión y control sobre la incapacidad temporal, que se especifican en los propios convenios de colaboración y se cuantifican de acuerdo con el Plan de Actuaciones.

Según el Plan de Actuaciones, los objetivos concretos que se pretenden conseguir y el porcentaje de presupuesto asignado para los ejercicios 2009-2012 son los que se detallan a continuación:

CUADRO 30

Objetivos de los convenios de colaboración para el control de la incapacidad temporal

Programa de actividades de modernización y mejora de la gestión y control de IT 70%	Información y transmisión telemáticamente al INSS de partes de IT en plazo y con código diagnóstico 20%	Informatización y transmisión telemática al INSS de partes IT: 5%
		Transmisión en plazo de partes IT: 5%
		Cumplimentación del código diagnóstico correcto en partes IT: 10%
	Emisión de informes médicos y aplicación duración estándar. 14%	Emisión informes control de IT: 10%
		Aplicación duraciones estándar en procesos IT: 4%
	Gestión propuestas alta, procesos de corta duración y gestión disconformidades. 18%	Propuestas de alta: 8%
		Programas de gestión de bajas de corta duración: 8%
		Gestión de disconformidades: 2%
	Formación e Información. 9%	Formación de profesionales sanitarios en materia de IT: 8%
		Otras acciones formativas: 1%
Otras actividades. 9%	Acceso a historias clínicas: 4%	
	Pruebas complementarias: 3%	
	Implicación Unidades de Gestión: 2%	
Programa de racionalización del gasto 30%	Indicador coste/afiliado/mes 15%	
	Otros indicadores. 15%	Indicador Incidencia (n.º nuevos procesos/1000 afiliados): 4%
		Indicador sobre prevalencia (n.º procesos en vigor/1000 afiliados): 1%
		Indicador días de IT/afiliado: 10%.

Fuente: Información facilitada por el INSS.

De acuerdo con lo establecido en los convenios de colaboración, las CC.AA deberán destinar los importes recibidos del INSS a la mejora de los procesos de control y gestión de la incapacidad temporal.

El seguimiento de cada uno de los convenios de colaboración se realizó a través de una Comisión Central, formada por representantes del INSS, del Servicio Público de Salud y de las MATEPSS, y una Subcomisión, formada con las mismas administraciones públicas representadas en cada provincia.

A continuación se examinan cada uno de los objetivos establecidos en el Plan de Actuaciones para el ejercicio 2011, a través del análisis de la documentación justificativa del cumplimiento de estos objetivos aportada por el INSS.

Para cada uno de los objetivos establecidos en el Plan de Actuaciones, el INSS elaboró unos «criterios de valoración», con los que se justificaba el cumplimiento de cada objetivo y, consecuentemente, la financiación que recibía cada Comunidad Autónoma.

Conviene señalar que la cláusula 5.^a de los convenios establecía que la acreditación de los fondos recibidos por las CC.AA se debía realizar mediante la elaboración por parte de cada Comunidad Autónoma de una Memoria Financiera y Técnica en la que se especificasen los resultados obtenidos. Sin embargo, en la práctica estas Memorias no fueron utilizadas por el INSS para la justificación del cumplimiento de los objetivos, debido a la heterogeneidad entre las diferentes Memorias elaboradas por las CC.AA. Además, éstas son incompletas y ambiguas respecto a la información que contenían, por lo que, basándose únicamente en dicha información, resultaba muy difícil evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos.

Por ello, el INSS utilizó otra documentación e información: el documento denominado «criterios de valoración», en el cual se especificaban dichos criterios para cada uno de los objetivos, que sí permitió verificar el grado de cumplimiento de los mismos.

Sin embargo, para justificar los fondos transferidos a las CC.AA se considera imprescindible la elaboración de las Memorias Financieras y Técnicas de forma homogénea, uniforme y precisa por parte de cada una de aquéllas.

A continuación se analizan los objetivos definidos en los convenios de colaboración en vigor en el ejercicio 2011 y su justificación, de acuerdo con los criterios de valoración utilizados por el INSS.

V.1.1 Objetivo A: Informatización y transmisión por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social de los partes de incapacidad temporal en plazo y con código de diagnóstico

La finalidad de este objetivo, al que se destina un 20% de la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma, es crear en cada una de las CC.AA una base de datos de procesos de incapacidad temporal en la que se incluyan todos los partes médicos de baja y alta emitidos por los facultativos de su ámbito territorial. Dichos partes deberán emitirse con carácter inmediato después del reconocimiento médico del trabajador en el que se haya constatado que se encuentra incapacitado laboralmente.

La información del contenido de los partes médicos se transmitirá por vía telemática al INSS, con independencia de cual sea la entidad competente en la gestión de la prestación económica (INSS, ISM o MATEPSS), conforme a las especificaciones técnicas, diseño de registro y periodicidad que determine la entidad gestora. Este objetivo se divide en tres áreas de actuación que se detallan a continuación y cuya ejecución se recoge en el anexo n.º 5:

— A.1: Informatización y transmisión por vía telemática al INSS de los partes de incapacidad temporal: se le asigna el 5% de la financiación total. Cada convenio de colaboración establece los datos a transmitir con carácter obligatorio del contenido de los partes de baja y alta. El criterio de valoración es la comparación de los partes enviados por el Servicio Público de Salud con los recibidos de las propias empresas a través del Sistema RED. Si los primeros son superiores a los segundos, se considera que el Servicio Público de Salud ha transmitido todos los partes correctamente.

A pesar de lo establecido en el artículo 2.3 del Real Decreto 575/1997, relativo a la obligación de remitir los partes de confirmación de los procesos de incapacidad temporal, el área de actuación de los convenios de colaboración no contemplaba la remisión de los partes de confirmación de la baja. Así, seis CC.AA (Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Comunitat Valenciana, y parcialmente en el caso de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias y del INGESA), no remitieron al INSS ningún parte de confirmación, por lo que podría deducirse que éstas sólo cumplen la legislación vigente en esta materia si el INSS efectúa la correspondiente contraprestación económica con cargo a estos convenios de colaboración.

La falta de envío de los partes de confirmación por algunos Servicios Públicos de Salud, además del incumplimiento legal antedicho, supone una merma de información sobre los procesos de incapacidad temporal que incide directamente en el control de las prestaciones de incapacidad temporal por parte de las entidades gestoras y colaboradoras.

Al margen de lo anterior, del análisis de la justificación de esta área de actuación no se desprende ninguna irregularidad.

— A.2: Transmisión en plazo de los partes de incapacidad temporal: se le otorga un 5% de la financiación de cada Comunidad Autónoma. La periodicidad en la transmisión de los ficheros debía ser diaria y los partes de baja y alta habrán de transmitirse dentro del plazo de cinco días, contados desde el momento de su expedición. El criterio de valoración es la asignación de 5% si transmiten todos los partes en los 5 días siguientes, el 3% si transmiten el 85% de los partes médicos en los 5 primeros días y el 2% para las Comunidades que transmitan el 90% de los partes médicos en los 10 primeros días. Para la valoración de este objetivo, el INSS ha utilizado como base una tabla de elaboración propia con información de los partes transmitidos y su plazo.

Del análisis realizado se desprende que el INSS liquidó a la Comunidad Autónoma de Andalucía el mencionado 5%, si bien dicha Comunidad no cumplió el requisito de grabar el 85% de los partes médicos en un plazo de 5 días, como establecían los criterios de valoración, mediante la simple justificación por el INSS de que «Andalucía no llega al 85% en 5 días por los problemas informáticos puntuales en marzo y abril al cambiar el sistema de transición. Problema puntual y se le dan los 5 puntos». Dicho argumento carece de la debida justificación, máxime cuando a la Comunidad Autónoma de Extremadura y al INGESA el propio INSS les penalizó por este mismo motivo, lo que implica, entre otras cuestiones, una falta de homogeneidad en la aplicación de los criterios de valoración.

Por tanto, de acuerdo con lo establecido en los citados criterios, el INSS debería haber liquidado el 99% del presupuesto asignado para esta área (dado que, según el propio INSS, la puntuación obtenida por la Comunidad Autónoma de Andalucía fue de 4,95 sobre 5), por lo que existió un pago en exceso del INSS a esta Comunidad Autónoma por importe de 29.333,64 euros, cuyo reintegro, junto con los intereses de demora, debe exigir el INSS.

— A.3: Cumplimentación del código de diagnóstico correcto en los partes de incapacidad temporal: se le asigna un 10% de la financiación. El criterio de valoración es la asignación del 10% del presupuesto si todos los partes contienen el código del diagnóstico y si no lo contienen, el 5% para las CC.AA cuyo porcentaje de partes sin errores supera la media nacional (99,59%), y el resto en proporción a la media nacional.

Para la justificación de esta área de actuación se ha utilizado como base una tabla elaborada por el INSS. Este Tribunal ha verificado que el INSS liquidó indebidamente el 100% del presupuesto a las Comunidades Autónomas de Aragón, Extremadura y Galicia, cuando por su puntuación, según el propio INSS, solo les correspondía el 99,80%, dado que esta entidad gestora redondeó indebidamente en exceso. Por tanto, existió un pago en exceso a la Comunidad Autónoma de Aragón por importe de 1.886,19 euros, a Extremadura por importe de 1.542,64 euros, y a Galicia por importe de 3.945,12 euros, cuyos reintegros debe exigir el INSS, junto con los intereses de demora correspondientes⁴⁹.

V.1.2 Objetivo B: Emisión desde el Sistema Público de Salud de los informes médicos individualizados sobre procesos de incapacidad temporal, establecidos reglamentariamente y aplicación de duraciones estándar

Este objetivo, al que se destina un 14% de la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma, se divide en dos áreas de actuación que se detallan a continuación y cuya ejecución se recoge en el anexo n.º 6:

— B.1: Emisión de los informes sobre el control de la incapacidad temporal: se destina el 10% de la financiación. Los Servicios Públicos de Salud de la Comunidad Autónoma debían remitir los informes trimestrales de control de la incapacidad temporal en los que se debía recoger expresamente el diagnóstico,

⁴⁹ No se puede aceptar la alegación del INSS en la que señala que no liquidó el 100% del crédito no por redondear indebidamente, sino porque las tres CC.AA implantaron el CIE-9, lo que dio lugar a incidencias. Sin embargo, en el cuadro de valoración aportado por el propio INSS, en la Comunidad Autónoma de Aragón ni siquiera consta la implantación del CIE-9. Por otro lado, para la Comunidad Valenciana y para el INGESA, que superaron también el porcentaje de errores de la media nacional, el INSS liquidó exactamente lo que correspondía, sin redondeo alguno.

la situación clínica actual, el tratamiento realizado, las posibilidades terapéuticas y la duración probable del proceso. Asimismo, debían pronunciarse expresamente sobre los extremos que justificasen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad del trabajador.

El criterio para evaluar el cumplimiento de esta área de actuación es otorgar el 10% del presupuesto a la emisión de los informes trimestrales primero y tercero, valorándose también el acceso o no de los médicos del INSS a la historia clínica. Así, a las CC.AA que han permitido dicho acceso, si superan la media nacional, se les otorga el 10% del presupuesto. En caso contrario, se aplica la proporcionalidad correspondiente con respecto a la media nacional.

Del análisis de la justificación de esta área de actuación no se desprende ninguna irregularidad.

— B.2: Aplicación de duraciones estándar de los procesos de incapacidad temporal: se destina un 4% de la financiación, salvo en la Comunidad Autónoma de Cataluña, en la que el porcentaje fue del 10%. El Servicio Público de Salud debía dotar a sus médicos de atención primaria de tablas en las que se reflejasen los tiempos de duración estándar de cada uno de los procesos de incapacidad temporal de mayor frecuencia, que debían ser consensuadas con el INSS. En este apartado se valoró expresamente la incorporación de las tablas de duraciones estándar a los procedimientos informáticos de la Comunidad Autónoma y la posibilidad de que el médico de atención primaria lo utilizase para expedir un parte de confirmación de la baja una vez superada la duración estándar.

El criterio de valoración es otorgar el 4% de la financiación a las CC.AA que han incluido las tablas en el sistema informático de los médicos de atención primaria y han puesto los avisos o alertas para los médicos cuando superan los tiempos estándar. Se concedió el 2% de la financiación a las CC.AA que han incorporado las tablas al sistema informático pero que aún no han establecido los avisos o alertas para el médico, y el 1% de la financiación a las CC.AA que no han incorporado al sistema informático dichas tablas, pero las han distribuido para que los médicos las puedan consultar.

Sin embargo, este Tribunal considera que es excesivo conceder el 1% de la financiación a las CC.AA que únicamente pongan a disposición de los médicos las tablas, ya que ello no garantiza su consulta por parte del médico ni su utilización en el control de los partes de confirmación.

V.1.3 Objetivo C: Gestión de propuestas de alta y de intenciones de alta y gestión de disconformidades

A este objetivo se destina un 18% de la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma y se divide en tres áreas de actuación que se detallan a continuación, cuya ejecución se recoge en el anexo n.º 7:

— C.1: Propuestas de alta: se le asigna un 8% de la financiación y consiste en la tramitación y contestación motivada y en plazo, por el Servicio Público de Salud, de las propuestas de alta formuladas por las MATEPSS. El seguimiento de las propuestas se realizó a través de una fórmula que expresaba el número de éstas pendientes de trámite a fin de mes. El criterio de valoración aplicado son los datos proporcionados por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social referentes a todas las CC.AA. Se ha tenido en cuenta el dato del plazo de contestación por el Servicio Público de Salud a las propuestas formuladas por las MATEPSS.

Se otorga el 8% de la financiación a las CC.AA que contesten en un plazo inferior a 25 días.

Sin embargo, de acuerdo con el Real Decreto 575/1997, el plazo legal máximo de contestación es de 15 días, tal y como señalan los propios convenios. Por tanto, el criterio de valoración del INSS, en el que se establece un plazo máximo de 25 días, es contrario a la normativa vigente.

No obstante, únicamente las CC.AA de la Región de Murcia y La Rioja tuvieron un plazo de contestación superior a los 15 días establecidos en la normativa.

Sin embargo, aun cuando en el conjunto de la Comunidad Autónoma no se superara el plazo de contestación de 15 días establecido legalmente, algunas provincias sí superaron dicho plazo.

Así, la Comunidad de Castilla y León cumplió en conjunto el plazo legal, pero no la provincia de Valladolid (28,26 días). La valoración que realiza el INSS corresponde al conjunto de la Comunidad Autónoma, por lo que ésta obtuvo el 100% de la financiación asignada.

No obstante, si la valoración del cumplimiento hubiera sido efectuada por provincias, dicha Comunidad debería devolver un importe de 298.933,57 euros, en proporción a la población protegida de asistencia sanitaria de esta provincia, criterio que este Tribunal considera más razonable para su inclusión en los convenios de colaboración, dado que las contestaciones se efectúan a nivel provincial⁵⁰.

⁵⁰ No se puede aceptar la alegación del INSS respecto a que «si se discriminara por el criterio económico, basado en el porcentaje de población, que indica ese Tribunal, determinaría que por parte de las Comunidades Autónomas solamente se pueda

Independientemente de lo anterior, las CC.AA de La Rioja (32,91 días) y de la Región de Murcia (27,51 días) no cumplieron este objetivo, por lo que no debieron percibir cuantía alguna. No obstante, el INSS consideró que estas CC.AA, al igual que el resto, cumplieron la totalidad del objetivo de esta área, argumentando simplemente que «(...) no cumplen el plazo pero han realizado un gran esfuerzo por parte del SPS, además han existido incidencias, en una Mutua, que están corrigiendo y que dará lugar a que se reduzca el plazo, pero hasta abril no se podrá ver la regularización». En consecuencia, procede el reintegro de 183.344,18 euros y 822.413,86 euros respectivamente, junto con los intereses de demora correspondientes.

— C.2: Programa de Gestión de Bajas de corta duración: se le asigna un 8% de la financiación. Se entiende proceso de corta duración aquel que es inferior a 30 días. Con este objetivo se pretendía conseguir la adecuación de los tiempos medios de los procesos de incapacidad temporal de corta duración, intentando actuar sobre la incidencia y acortar los procesos. El criterio de valoración se ha hecho en base a la presentación por parte de las CC.AA de un Plan Estratégico en el que se especifique lo que éstas pretendían realizar para el control de los procesos de incapacidad temporal de menos de 30 días y a la presentación de un informe de los resultados obtenidos.

Del análisis de la justificación de esta área de actuación no se desprende ninguna irregularidad.

— C.3: Gestión de disconformidades: se le asigna un 2% de la financiación. Se valorará de forma específica la interrelación que se establece entre el INSS y el Servicio Público de Salud en los procesos, atendiendo especialmente a las situaciones de coincidencia o discrepancia y a la calidad de la motivación de esta última. El criterio de valoración es la ratio que presenta la Comunidad Autónoma con respecto a la media nacional.

Del análisis de la justificación de esta área de actuación no se desprende ninguna irregularidad.

V.1.4 Objetivo D: Formación e información

Este objetivo se divide en dos áreas de actuación que se analizan a continuación, al que se destina un 9% de la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma y cuya ejecución se recoge en el anexo n.º 8.

— D.1: Formación de los profesionales sanitarios en materia de incapacidad temporal: se destina el 8% de la financiación. El INSS tenía que poner a disposición de las CC.AA un Programa de formación on-line para médicos de atención primaria y especialistas, principalmente en las áreas de Traumatología, Reumatología, Rehabilitación y Psiquiatría.

El criterio de valoración es conceder el 2% al curso de formación on-line del INSS, el 1% para la formación programada e impartida por los Servicios Públicos de Salud, y el 5% restante cuando existe participación del INSS en la formación. Cada uno de los dos apartados últimos de la puntuación, el INSS los ponderó en proporción a los datos de las provincias.

El curso on-line del INSS se ha valorado mediante dos ratios, una para la participación de los Servicios Públicos de Salud y otra para el rendimiento. En este curso on-line, al que se dedica el 25% del presupuesto de formación, es decir, 6.255.864,86 euros, el criterio seguido para la asignación de plazas a las CC.AA según lo señalado por el INSS fue el de población protegida.

Sin embargo, de acuerdo con lo recogido en el anexo n.º 9, se ha comprobado que la asignación del INSS fue discrecional y no estuvo relacionada con la población protegida, como se deduce al comparar los datos de ésta facilitados por el INSS y el número de plazas asignado a cada Comunidad Autónoma⁵¹.

Además, se verificó que la asignación de plazas a las CC.AA no fue proporcional al número de facultativos de atención primaria y especialistas, criterio que podría haberse tenido en cuenta, puesto que los convenios de colaboración tienen un objetivo concreto de número de profesionales formados. Del anexo n.º 10 se desprende que el presupuesto asignado a cada Comunidad Autónoma difiere significativamente, tanto en función del presupuesto por plaza asignada como en función del presupuesto por médico inscrito.

tener interés en las provincias grandes, previsiblemente dejando su implantación en las pequeñas, por no ser rentables en la consecución del objetivo y así favorecer una fragmentación de resultados», dado que, con carácter general, son las provincias con más población las que presentan más incumplimientos en los objetivos de los convenios. Además, el seguimiento concreto de los convenios se realiza en Subcomisiones Provinciales, y no autonómicas, con representantes de las Administraciones Públicas en cada provincia.

⁵¹ Así, a modo de ejemplo, de acuerdo con la población protegida de la Comunidad Autónoma de Extremadura respecto al total, a ésta le hubieran correspondido 11 plazas en el curso y, sin embargo, el INSS le asignó un total de 24. Galicia fue la única Comunidad Autónoma en la que las plazas asignadas coincidieron con la proporción de su población protegida respecto al total.

Por todo ello, el criterio discrecional utilizado por el INSS para distribuir los fondos del curso on-line tuvo como consecuencia un coste distinto por cada médico inscrito según la Comunidad Autónoma, lo cual en un curso on-line con unos contenidos comunes para todas ellas resulta inadecuado y desproporcionado, generando grandes diferencias respecto a una asignación económica y eficiente de los recursos públicos.

Por otra parte, el Plan de Actuaciones señala expresamente que «el conjunto de las acciones formativas realizadas cada año incluirá al menos el 20% de los médicos de Atención Primaria y el 2% de especialistas (...)». Sin embargo, el cumplimiento de este objetivo de formación no ha sido tenido en cuenta por el INSS para la distribución de los fondos, puesto que las cuantías recibidas por las CC.AA no guardaron relación con el número de profesionales formados.

Independientemente de lo anterior, del análisis de la justificación de esta área de actuación no se desprende ninguna irregularidad.

— D.2: Otras acciones formativas: se destina el 1% de la financiación. El objetivo era potenciar la formación en materia de incapacidad temporal de los profesionales sanitarios en las fases de grado, postgrado, de especialización y continuada. Se priorizaron las actividades desarrolladas en las unidades docentes de Medicina del Trabajo.

El criterio de valoración del INSS fue asignar el presupuesto correspondiente a aquellas CC.AA que realizaron alguna actividad formativa o informativa en base a las provincias donde se desarrolló. Las actividades efectuadas por la mayoría de las CC.AA están relacionadas con los Médicos Internos Residentes (MIR) de Medicina del Trabajo y los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

El cuadro recogido en el anexo n.º 11 recoge el análisis del coste liquidado a cada Comunidad Autónoma por cada MIR formado. De dicho cuadro se desprende un exceso de financiación de la actividad de formación en las CC.AA de Galicia, Madrid y Región de Murcia, con unos ingresos por MIR formados muy superiores a la media nacional, asignación contraria a los principios de eficiencia y economía que deben regir en la gestión de los recursos públicos.

Con independencia de lo anterior, del análisis de la justificación de esta área de actuación no se desprende ninguna irregularidad.

V.1.5 Objetivo E: Otras actividades

Este objetivo, al que se destina un 9% de la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma, se divide en tres áreas de actuación que se analizan a continuación y cuya ejecución se recoge en el anexo n.º 12:

— E.1: Accesos a historiales clínicos: se le asigna el 4% de la financiación. Con el fin de mejorar la gestión y el control de las prestaciones de incapacidad temporal, las CC.AA se comprometían, a través de sus Servicios Públicos de Salud, a facilitar a los Médicos Inspectores del INSS el acceso a los historiales clínicos de los trabajadores en situación de incapacidad temporal.

En el Plan de Actuaciones se prevé que «los responsables del INSS y del SPS, a nivel provincial, determinarán de común acuerdo, el procedimiento de acceso (...)» y en los criterios de valoración del INSS se justifica este cumplimiento, a nivel provincial.

Se ha cotejado la evaluación efectuada por el INSS con los datos contenidos de las actas que se presentan en las Subcomisiones Provinciales y se ha verificado que el INSS concedió a la Comunidad de Castilla y León el 50% del crédito por «el acceso informático al hospital de Valladolid». Sin embargo, el INSS no penalizó a esta Comunidad Autónoma respecto a la provincia de León, la cual facilitaba el acceso en soporte papel, debido a incompatibilidades horarias y falta de colaboración entre el Servicio Público de Salud y el INSS, y en la práctica no se está produciendo este acceso. El importe de esta irregularidad asciende a 33.807,96 euros, calculado en función del porcentaje —19%— de la población que representa la provincia de León dentro de la Comunidad, respecto del 1% asignado por «acceso en papel», por lo que el INSS debe exigir el reintegro de dicho importe junto con los correspondientes intereses de demora.

— E.2: Pruebas médicas complementarias: se le asigna el 3% del presupuesto. El Servicio Público de Salud se comprometió a la realización de las pruebas complementarias que solicitase el INSS para la determinación de la incapacidad temporal, así como a la remisión del resultado de las mismas, acompañando el informe correspondiente a la entidad gestora en el plazo determinado.

Se han comparado las informaciones contenidas en las actas de las Comisiones con la información trimestral y las valoraciones otorgadas por el INSS. De dicha comparación se deduce que el INSS penaliza a aquellas CC.AA que tienen suscrito un acuerdo con la Subcomisión Provincial para la realización de las pruebas complementarias y presentan retrasos en la realización de las mismas. Sin embargo, contra toda

lógica, el INSS no penaliza a todas las CC.AA cuyas provincias no tienen acuerdo con la Subcomisión Provincial y, en consecuencia, no realizaron ninguna prueba complementaria, si bien recibieron financiación indebidamente, aun cuando en la práctica no desarrollaron actividad alguna.

Por tanto, las CC.AA correspondientes a la población de las provincias que no tenían suscrito el citado acuerdo y que no realizaron ninguna prueba complementaria han recibido financiación indebidamente. Las provincias que no tenían suscrito el citado acuerdo son: Huelva y Sevilla (que representan el 6% y 23% de la población de la Comunidad Autónoma de Andalucía respectivamente), Soria y Valladolid (con el 4% y 21% de la Comunidad de Castilla y León), Toledo (con el 33% de la población de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha) y A Coruña (con el 41% de la población de la Comunidad Autónoma de Galicia).

Del cálculo de estos porcentajes sobre los importes correspondientes de las CC.AA se deduce la existencia de pagos en exceso a la Comunidad Autónoma de Andalucía por importe de 510.405,39 euros, a la Comunidad de Castilla y León por 62.099,89 euros, a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha por 72.954,33 euros, y a la Comunidad Autónoma de Galicia por 262.350,79 euros, lo que se eleva a un total de 907.810,50 euros, importes cuyo reintegro debe exigir el INSS junto con los intereses de demora correspondientes.

— E.3: Implicación de las unidades de gestión: se le asignó el 2% de la financiación. Según el Plan de Actuación, la Comunidad Autónoma se comprometió a potenciar una mayor implicación entre las Unidades de Inspección de sus respectivos Servicios Públicos de Salud con las Direcciones Provinciales del INSS.

A tal efecto, los Servicios Públicos de Salud debían informar mensualmente a la Dirección Provincial del INSS sobre las actuaciones de control de incapacidad temporal desarrolladas en el mes inmediato anterior y el resultado de las mismas, así como de cualquier otro dato que se estimara necesario para obtener un conocimiento global de la situación de la prestación de incapacidad temporal y la evolución de su control.

La Comunidad Autónoma debía disponer de coordinadores de incapacidad temporal en los distintos niveles de organización sanitaria (central, provincial, área de inspección, gerencia y equipo de atención primaria), mediante sus servicios de inspección u órganos que asumiesen sus competencias.

El criterio de valoración es asignar el 2% de la financiación, por tener un coordinador de incapacidad temporal y suministrar información sobre el control de incapacidad temporal por provincia. Se han cotejado las informaciones contenidas en las actas de las Comisiones con la información trimestral aportada por el INSS y las valoraciones otorgadas, habiéndose deducido que el INSS financió indebidamente a aquellas CC.AA que no tenían coordinador de incapacidad temporal o no había suministrado información sobre el control de incapacidad temporal.

En consecuencia, se considera que si en una Comunidad Autónoma algunas provincias no tuvieron coordinador y/o no suministraron información de incapacidad temporal, aquella no debió haber recibido financiación por este objetivo.

Concretamente, las provincias en esta situación fueron las siguientes: Huesca (17% de población de la Comunidad Autónoma de Aragón, si bien se le debió conceder la mitad por el coordinador), con coordinación pero sin información de incapacidad temporal; León, sin coordinador ni información; Salamanca y Soria, con coordinador y sin información (con 19%, 14% y 4% de la población respectivamente, de la Comunidad de Castilla y León), y la Comunidad Autónoma de La Rioja, sin coordinador pero con información sobre el control de incapacidad temporal.

Del cálculo de estos porcentajes respecto al importe correspondiente a las CC.AA se deduce la existencia de pagos en exceso a la Comunidad Autónoma de Aragón, por 16.032,59 euros, a la Comunidad de Castilla y León, por 99.644,52 euros, y a la Comunidad Autónoma de La Rioja, por 22.918,02 euros. Los importes anteriores suman un total de 138.595,13 euros, cuyo reintegro debe exigir el INSS, más los intereses de demora correspondientes.

Independientemente de lo anterior, la Comunidad Autónoma de Illes Balears obtiene valoraciones del INSS que le permitieron obtener el 100% del crédito por el «Acceso a Historias Clínicas», el 96,66% del crédito por «Pruebas médicas complementarias» y el 100% en «Implicación de las Unidades de Gestión», por lo que debió recibir un importe global de 705.485,22 euros, en lugar de los 709.432,86 euros que percibió, sin ninguna justificación. En consecuencia, se produjo un pago en exceso de 3.947,64 euros, que debe exigir el INSS, más los intereses de demora correspondientes⁵².

⁵² No puede aceptarse la alegación del INSS relativa a que el porcentaje del 96,66% no se refiere al crédito sino al grado de cumplimiento de una actividad, y que este grado de cumplimiento de las pruebas médicas complementarias en la Comunidad

V.1.6 Objetivo F: Indicador coste/afiliado/mes

— Se destina un 15% de la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma y cuya ejecución se recoge en el anexo n.º 13. El objetivo es la reducción del gasto de incapacidad temporal por contingencias comunes en las CC.AA. Para la fijación del objetivo de racionalización del gasto se toma como situación de partida la media del indicador coste/afiliado/mes de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, registrado en la Comunidad Autónoma durante el ejercicio anterior, corregido mediante coeficientes reductores.

El criterio que se ha seguido para valorar los resultados obtenidos ha sido otorgar el 15% de la financiación a las CC.AA que han reducido en más de un 2% el coste incapacidad temporal/afiliado/mes, y también el 15% de la financiación para aquellas Comunidades que, aunque no hayan disminuido el 2%, su coste/afiliado/mes corregido resulta inferior en un 80% a la media nacional. Se concede un 10% de la financiación a aquellas Comunidades con un coste corregido entre un 80% y 90% por debajo de la media nacional.

Del análisis de la justificación de esta área de actuación no se desprende ninguna irregularidad.

V.1.7 Objetivo G: Otros indicadores

Se destina un 15% de la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma y cuya ejecución se recoge en el anexo n.º 14.

— G.1: Indicador sobre incidencia: se le asigna el 4% de la financiación. El INSS ha calculado el número de procesos y ha facilitado los datos a las CC.AA.

A este respecto, la puntuación correspondiente al área de indicador de incidencia ha sido redondeada en exceso por el INSS sin ninguna justificación, originando pagos en exceso a la Comunidad Autónoma de Andalucía por importe de 2.112,02 euros, a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha por 496,69 euros, a la Comunidad Autónoma de Galicia por 1.341,34 euros, y a la Comunitat Valenciana por 1.217,71 euros. La suma de los importes anteriores asciende a 5.167,76 euros, importes cuyo reintegro debe exigir el INSS, más los intereses de demora correspondientes.

— G.2: Indicador sobre prevalencia: se le asigna el 1% de la financiación. Al no disponer el INSS de datos estadísticos definitivos en el ejercicio 2011 y no haberlos remitido a las CC.AA para el seguimiento del objetivo, el INSS consideró cumplido el objetivo para todas las CC.AA y para el INGESA, por lo que aportó la totalidad de la financiación correspondiente.

— G.3: Indicador: Días de incapacidad temporal/afiliado: se le asigna el 10% de la financiación. Al igual que en el supuesto indicado anteriormente, al no disponer el INSS de datos estadísticos definitivos en el ejercicio 2011 y no haberlos remitido a las Comunidades para el seguimiento del objetivo, el INSS consideró cumplido el objetivo para todas las Comunidades y para el INGESA, por lo que aportó la totalidad de la financiación correspondiente.

Ante la ausencia de justificación adecuada de estas dos últimas áreas de actuación, el Tribunal de Cuentas requirió al INSS una certificación justificativa de este criterio. Dicha entidad gestora entregó un documento donde se señalaba lo siguiente:

«Que durante el año 2011, la Subdirección General de Gestión de IT y otras Prestaciones a Corto Plazo se planteó la necesidad de realizar cambios en el tratamiento del sistema estadístico y de seguimiento de la gestión de la incapacidad temporal. En primer lugar, con motivo de la preparación de la base de datos para la aplicación de la Ley 39/2010, de 29 de diciembre, de PGE para 2011, por la que se adiciona al TRLGSS la Disposición Adicional 53ª, y, posteriormente, en previsión de lo dispuesto por la Ley 27/2011, de 1 de agosto, de Actualización, Adecuación y Modernización del Sistema de la Seguridad Social que afectan a la información global. Ambas normas obligaron a rediseñar la totalidad de la información de acuerdo al nuevo tratamiento jurídico establecido para los Regímenes Especiales Agrario y del Hogar.

Estas circunstancias determinaron que, en marzo de 2012, al llevar a cabo las liquidaciones de los mencionados Convenios con las CCAA, no fuera posible realizar el cálculo de los objetivos de «Reducción de días de IT» y de «Prevalencia», al no ser comparables de manera homogénea las cuantías

Autónoma de Illes Balears no fue del 96,66% sino del 98,25%, dado que, de acuerdo con la documentación que el INSS facilitó a este Tribunal, esta Comunidad Autónoma fue penalizada, por retrasos, con 0,1 puntos sobre 3 en el objetivo «Pruebas médicas complementarias». Por tanto, el porcentaje a liquidar sería (2,9 X 100/3), esto es, el 96,67% señalado.

correspondientes a los años 2010 y 2011. Durante este último año además, no fue posible llevar a cabo el cálculo y seguimiento mensual de los mencionados objetivos, ni por regímenes, ni territorialmente, al no estar disponible la citada base de datos, lo que impidió la comunicación periódica a las CCAA».

Las normas a las que hacía referencia el certificado indicado en el párrafo anterior son las siguientes:

— Ley 39/2010, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2011, por la que se adiciona al TRLGSS la Disposición adicional 53ª, extensión de la acción protectora por contingencias profesionales a los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados del Hogar.

Sin embargo, esta modificación legislativa no afectó ni a la falta de información ni a la justificación de esta área de actuación recogida en los convenios de colaboración, ya que en ellos se establece «que como coste y demás indicadores de la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes se toman en consideración los que asume el INSS. Quedan excluidos expresamente los correspondientes a procesos derivados de contingencias profesionales y empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la Seguridad Social».

— La Ley 27/2011, de 1 de agosto, de actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social. En virtud de esta Ley se integra el Régimen de Empleados de Hogar en el Régimen General de la Seguridad Social. Sin embargo, esta integración se produjo con efectos de 1 de enero de 2012, por lo que se considera que esta modificación legislativa tampoco afectó a la justificación de esta área de actuación, correspondiente al ejercicio 2011.

— La Ley 28/2011, de 22 septiembre, por la que se procede a la integración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen General de la Seguridad Social, también con efectos de 1 de enero de 2012, por lo que se considera que esta modificación legislativa tampoco afectó a la justificación de esta área de actuación, correspondiente al ejercicio 2011.

Por tanto, los pagos efectuados a las CC.AA en virtud de los dos últimos indicadores (indicador sobre prevalencia y días de incapacidad temporal/afiliado) no están debidamente justificados. En consecuencia, el INSS debe aportar los datos ciertos de estos dos indicadores correspondientes al ejercicio 2011, y proceder a calcular la correcta financiación que correspondería a cada Comunidad Autónoma, exigiendo, en su caso, los reintegros correspondientes.

V.1.8 Otras incidencias derivadas de la ejecución de los convenios de colaboración

— Se ha comprobado que entre las cantidades abonadas como consecuencia de la ejecución del convenio de colaboración formalizado entre el antiguo Ministerio de Trabajo e Inmigración y la Comunidad Autónoma de Cantabria se han producido pagos indebidos, dado que el INSS reconoció obligaciones presupuestarias cuyo pago fue abonado a favor de la Fundación Marqués de Valdecilla, en lugar de al Gobierno de Cantabria, legítimo acreedor de la ejecución del convenio de colaboración.

En concreto, la Fundación Marqués de Valdecilla⁵³ recibió indebidamente dos pagos, uno por importe de 676.670 euros (ADOK de fecha 30 de mayo de 2011), y otro por importe de 410.587,88 euros (ADOK de fecha 1 de diciembre de 2011).

Estos pagos no se ajustan a derecho, dado que el convenio de colaboración se formalizó entre el antiguo Ministerio de Trabajo e Inmigración y la Comunidad Autónoma de Cantabria y no la Fundación Marqués de Valdecilla. Además, es la Comunidad Autónoma la que asume las obligaciones derivadas del convenio y no la Fundación.

A mayor abundamiento, según la información aportada por el INSS, la modificación del acreedor se realizó mediante un simple correo electrónico de fecha 23 de noviembre de 2011, en el que constaba el siguiente texto: «en la reunión de la Comisión para el seguimiento del Convenio IT (...) el Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud, ha solicitado que a partir de ahora los importes que transfiera el INSS (...) se realicen a la cuenta (...) a nombre de «Fundación Marqués de Valdecilla».

Conviene recordar, en primer lugar, que un simple correo electrónico no es un documento válido para cambiar de acreedor y para dar por satisfecha la deuda y, en segundo lugar, que el primer pago a la citada Fundación fue realizado el 30 de mayo de 2011, es decir, con anterioridad a este correo electrónico, y cuyo gasto fue fiscalizado de conformidad por la Intervención de la Seguridad Social en el INSS.

⁵³ La Fundación Marqués de Valdecilla es una entidad de derecho privado y perteneciente al Sector Público Fundacional de la Comunidad Autónoma de Cantabria, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar.

Por su parte, el artículo 77 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, dispone que se entiende por pago indebido el que se realiza por error material, aritmético o de hecho en favor de persona en quien no concurra derecho alguno de cobro frente a la Administración con respecto a dicho pago; situación que se ha producido en este caso, dado que la Fundación Marqués de Valdecilla no tenía ningún derecho de cobro frente al INSS.

Por tanto, el INSS debe exigir a la Fundación Marqués de Valdecilla el reintegro correspondiente y proceder, en su caso, al pago del importe a la Comunidad Autónoma de Cantabria, legítima beneficiaria de este convenio de colaboración.

— Del análisis de los convenios de colaboración se desprende la existencia de una cláusula, la séptima, cuya única finalidad era repartir entre las CC.AA el crédito no gastado del ejercicio anterior, sin ninguna contrapartida directa por parte de las CC.AA.

En este sentido, la citada cláusula séptima disponía que «el importe resultante de la liquidación correspondiente a cada ejercicio anterior, compuesto por aquellas cuantías que se detraigan del anticipo a cuenta para cada año a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio como consecuencia del no cumplimiento en su integridad de los objetivos del Programa de actividades o de racionalización del gasto que se establecieron para el ejercicio anterior, repercutía positivamente en aquellas CCAA e INGESA que hayan cumplido, al finalizar el primer semestre del año en, al menos, un 80% los objetivos establecidos para dicho ejercicio, referidos a ese semestre. Los objetivos del Programa de actividades y de racionalización de gasto, se calcularan de forma independiente».

Continúa señalando la citada cláusula que «el reparto se hará en proporción a la participación inicial de cada una de estas CCAA e INGESA en el Fondo asignado a las mismas para cada año de vigencia del Convenio. El INSS hará efectivo el reparto complementario, en un pago único, antes de finalizar el mes de octubre del ejercicio correspondiente».

Durante el ejercicio 2011, el reparto entre las CC.AA del crédito sobrante de la ejecución de los convenios de colaboración y distribuido según la cláusula séptima fue el siguiente:

CUADRO 31
Reparto de crédito por CC.AA

Comunidades Autónomas/ Ciudades Autónomas	Euros
Andalucía	8.146.585,04
Aragón	918.500,31
Principado de Asturias	757.306,54
Canarias	2.089.870,62
Cantabria	410.587,88
Castilla-La Mancha	2.068.146,39
Castilla y León	741.665,10
Cataluña	5.282.897,47
Extremadura	1.073.176,80
Galicia	2.741.597,42
Illes Balears	1.099.245,87
La Rioja	317.173,72
Madrid	1.884.793,91
Región de Murcia	1.429.454,12
Comunitat Valenciana	5.070.434,53
Ceuta y Melilla	39.103,61
TOTAL	34.070.539,33

Fuente: Información facilitada por el INSS.

Del análisis del cuadro anterior se desprende lo siguiente⁵⁴:

— El INSS está financiando a todas las CC.AA (excepto a la Comunidad Foral de Navarra y a la Comunidad Autónoma del País Vasco) y al INGESA para el cumplimiento de los mismos objetivos, a un mayor coste para el sector público, sin que se consiga mejorar la gestión y control de la incapacidad temporal, que es el objetivo fundamental de estos convenios de colaboración.

Por tanto, se está financiando doblemente la consecución de los mismos objetivos (una parte por cada objetivo concreto debidamente valorado en ejecución de los convenios de colaboración y otra mediante un simple reparto proporcional entre todas las CC.AA e INGESA sin vinculación con ningún objetivo nuevo), actuación contraria a los principios de economía y eficiencia que deben regir en la gestión de los recursos públicos.

— La citada cláusula séptima establece que el cumplimiento de los objetivos tiene que superar el 80% de éstos al finalizar el primer semestre del año, requisito incongruente, dado que se puede dar la circunstancia de que algunas CC.AA realicen las actividades en el primer semestre, pero en el conjunto del año no superen dicho porcentaje, y también se puede dar el caso contrario, siendo entonces no retribuidas con los mismos fondos, por lo que, además, resultó una distribución no equitativa de estos fondos, aún con cumplimientos anuales iguales, tal y como se recoge en el anexo n.º 15.

— Además, se ha comprobado que el INSS ha efectuado el reparto de estos fondos en el mes de diciembre, incumpliendo también la fecha máxima fijada en los convenios: «antes de finalizar el mes de octubre».

Por todo lo anterior, la existencia de esta cláusula séptima en todos los convenios de colaboración implicó un gasto en exceso que no guardó relación con la mejora de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal, por lo que la distribución de estos fondos públicos sin vinculación a objetivos específicos constituye una mera transferencia de fondos públicos no amparada por la normativa vigente ni por los convenios de colaboración.

V.2 Convenios de colaboración específicos formalizados con la Comunidad Foral de Navarra y del País Vasco

El antiguo Ministerio de Trabajo e Inmigración firmó sendos convenios de colaboración con la Comunidad Foral de Navarra y con la Comunidad Autónoma del País Vasco, con objeto de establecer «un programa específico que desarrolla determinadas estrategias de gestión para mejorar la prestación de incapacidad temporal y estudia el comportamiento de procesos de corta duración» en los ejercicios 2010 y 2011, uno por cada ejercicio y Comunidad Autónoma. El importe asignado a cada uno de los citados convenios fue el siguiente:

CUADRO 32

Obligaciones reconocidas por el INSS por los convenios específicos con las Comunidades Foral de Navarra y del País Vasco. Ejercicios 2010 y 2011

Comunidades Autónomas	Ejercicio	Euros
Navarra	2011	2.000.000,00
	2010	800.000,00
País Vasco	2011	7.000.000,00
	2010	3.208.310,54
TOTAL		13.008.310,54

Fuente: Información facilitada por el INSS.

⁵⁴ El INSS, en sus alegaciones, señala que dicha cláusula séptima ha sido suprimida en los convenios de colaboración actuales.

En cuanto a los objetivos de estos convenios específicos, existen algunos comunes con los convenios de colaboración mencionados en el apartado anterior, siendo éstos los siguientes:

- Informatización y transmisión telemática al INSS de partes de incapacidad temporal en plazo y Código Diagnóstico (20% del presupuesto).
- Aplicación de duraciones estándar a los procesos de incapacidad temporal (4% del presupuesto).
- Formación agentes intervinientes en incapacidad temporal (9% del presupuesto).
- Acceso telemático Inspectores del INSS a historias clínicas de Osakidetza (10% del presupuesto. En el resto de comunidades era del 4%).
- Estudio y seguimiento en procesos de incapacidad temporal de corta duración (14% del presupuesto. En el resto de Comunidades el porcentaje del presupuesto aplicado era del 8%).

Los siguientes objetivos son específicos de los convenios formalizados con la Comunidad Foral de Navarra y del País Vasco:

- Observatorio sobre gestión de las altas emitidas por el INSS e inspección médica y tratamiento de disconformidades (18% del presupuesto). Para el resto de CC.AA los convenios de colaboración dedicaron a este objetivo un 10% del presupuesto, y no se justificaron con la simple existencia de un observatorio, sino que los fondos se distribuyeron en función del grado de cumplimiento del objetivo.
- Evaluación de la actuación de los facultativos en atención primaria en emisión de partes médicos (12% del presupuesto).
- Seguimiento de procesos con patologías psiquiátricas (5% del presupuesto).
- Seguimiento específico de procesos de incapacidad temporal en colectivos caracterizados por presentar indicadores elevados en la prestación de incapacidad temporal (8% del presupuesto).

La principal deficiencia relativa a la ejecución de estos convenios específicos fue la falta de elaboración por parte del INSS de unos criterios de valoración para la evaluación del grado de cumplimiento de los mismos, a diferencia de los aplicados en los convenios de colaboración para el resto de CC.AA.

Para la liquidación de los convenios, las Comunidades Foral de Navarra y Autónoma del País Vasco aportaron un certificado de las actividades realizadas, así como una memoria de actividades, pero el INSS no aplicó criterios de valoración propios para su evaluación, ni siquiera para aquellos objetivos iguales a los de los convenios generales formalizados con el resto de CC.AA, en los que sí existían dichos criterios de valoración, lo que supone una evidente falta de homogeneidad y un tratamiento desigual en la gestión de estos fondos públicos.

En relación al curso de formación on-line, que fue el mismo para todas las CC.AA, incluidas la Foral de Navarra y del País Vasco, si el INSS hubiera aplicado los mismos criterios de valoración existentes para el resto de CC.AA en los convenios generales, aplicación que sería lógica al ser el curso on-line igual en todas las Comunidades, la Comunidad Foral de Navarra sólo habría alcanzado un grado de cumplimiento del objetivo del 90%, en lugar del 100% que le fue otorgado, lo que hubiera supuesto un importe de 4.000 euros menos de financiación si los criterios de valoración hubieran sido homogéneos con los del resto de Comunidades Autónomas.

Similar circunstancia concurre en el caso del convenio suscrito con la Comunidad Autónoma del País Vasco, en el que, si se hubieran aplicado los mismos criterios de valoración de los convenios generales del resto de CC.AA, el grado de cumplimiento de este objetivo únicamente hubiera alcanzado el 85%, lo que hubiera supuesto un importe de financiación inferior de 21.000 euros.

Por otra parte, en relación al objetivo relativo al «Acceso de los Inspectores del INSS a la Información clínico-laboral de las clínicas del Departamento de Salud» en la Comunidad Autónoma del País Vasco, la implantación del acceso telemático en las tres Direcciones Provinciales del INSS no fue efectiva hasta el 1 de enero de 2012, por lo que, de acuerdo con los criterios de valoración aplicados para el resto de CC.AA en los convenios generales, el INSS debería haber liquidado el 25% del crédito por tener acceso los inspectores médicos del INSS en soporte papel, y no el 30% liquidado, dado que en el ejercicio 2011 los médicos del INSS no tuvieron acceso informáticamente a las historias clínicas.

Por otra parte, es conveniente destacar la comparación de los datos relativos a la incidencia de incapacidad temporal de estas dos CC.AA respecto a la incidencia media nacional, que figura en el cuadro siguiente:

CUADRO 33

Indicadores de racionalización del gasto

CC.AA.	Ejercicio	Coste/afiliado/mes	Incidencia
Navarra	2011	25,25	32,86
	2010	31,80	30,12
País Vasco	2011	44,25	27,98
	2010	45,08	25,89
MEDIA NACIONAL	2011	28,24	21,21
	2010	26,71	20,31

Fuente: Información facilitada por el INSS.

De acuerdo con el cuadro anterior, en términos generales, tanto los indicadores relacionados con el coste por afiliado y mes como la incidencia de la incapacidad temporal en las Comunidades Foral de Navarra y del País Vasco son muy superiores a la media nacional.

A diferencia de los convenios de colaboración generales mencionados en el apartado anterior del presente Informe, estos convenios de colaboración específicos dedican la totalidad de su presupuesto al llamado «Programa de actividades», sin aplicar recursos públicos a objetivos de «racionalización de gasto», lo que podría ser una de las causas de que las ratios de coste por afiliado y mes fueran superiores a la media nacional en estas dos CC.AA o viceversa, por lo que, de haberse previsto estas ratios en los convenios de colaboración, estas dos CC.AA podrían haber sido penalizadas, máxime teniendo en cuenta que estas dos CC.AA tuvieron una incidencia muy superior a la media nacional.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI.1 Conclusiones

VI.1.1 Conclusiones relativas a la gestión y control de los partes médicos de procesos de incapacidad temporal

1. Los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Foral de Navarra, País Vasco y Valenciana incumplieron la obligación de remitir los partes médicos de confirmación de los procesos de incapacidad temporal, prevista en el artículo 2.3 del Real Decreto 575/1997, lo que impidió al Instituto Nacional de la Seguridad Social realizar controles adecuados sobre dichos procesos. A mayor abundamiento, no consta que el Instituto Nacional de la Seguridad Social hubiera instado a los citados Servicios Públicos de Salud a cumplir con esta obligación (Subapartado III.2).

2. La información disponible en el Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre los procesos de incapacidad temporal que eran recaídas de otros anteriores no fue debidamente contrastada ni validada, dado que no quedó garantizado que los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas transmitiesen la información relativa a estos procesos correctamente y tampoco que, una vez transmitida aquella, se consolidase adecuadamente en la base de datos de procesos de incapacidad temporal que gestiona el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Lo anterior pudo haber supuesto un perjuicio económico para la Seguridad Social, teniendo en cuenta que si un proceso es calificado como de recaída de otro anterior, el importe que tiene que pagar la Seguridad Social será siempre menor, dado que deben descontarse los días del proceso anterior que ya habrán sido abonados al trabajador (Subapartado III.2).

3. La base de datos «inca pago delegado» que gestiona el Instituto Nacional de la Seguridad Social para los procesos de incapacidad temporal presentaba limitaciones que la hicieron ineficiente para la realización de determinados controles, ya que la información recibida de los procesos de contingencias profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social era incompleta y carecía de información referente a los procesos de incapacidad

temporal a cargo de las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de ésta. A mayor abundamiento, el resto de entidades del sistema de la Seguridad Social que también participan en la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal carecían de acceso a dicha aplicación, lo que resta eficiencia al sistema (Subapartado III.3).

4. En el período de 1 de octubre de 2010 a 30 de abril de 2013 existieron un total de 337.047 procesos de incapacidad temporal en la base de datos «inca pago delegado» correspondientes a contingencias comunes a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina y de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, para los que no constaba información relativa a los partes médicos expedidos por los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas o el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, lo que podría suponer la inexistencia de procesos reales de incapacidad temporal que pudieran estar siendo financiados indebidamente por la Seguridad Social.

Por otra parte, en el mismo período existieron un total de 4.303 procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social y 26 a cargo del Instituto Social de la Marina respecto a los que tampoco existían partes médicos en la citada base de datos, con el consiguiente riesgo de pagos indebidos en las prestaciones de esta contingencia.

Además, en el mismo período existieron un total de 2.905.873 procesos de incapacidad temporal en la citada base de datos de partes médicos sin el correspondiente parte de la empresa, lo que resta eficiencia al control de los procesos de incapacidad temporal y a la determinación del importe de las prestaciones correspondientes (Subapartado III.4).

VI.1.2 Conclusiones relativas a la gestión y control del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre la incapacidad temporal

1. Existen tres situaciones distintas relativas al control ejercido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre procesos de incapacidad temporal en relación a las deducciones en concepto de pago delegado que se practican las empresas: a) procesos de incapacidad temporal sobre los que la citada entidad gestora no cuenta con información y, en consecuencia, no controla; b) procesos sobre los que la entidad gestora dispone de información y sin embargo no la controla; y c) procesos sobre los que la entidad gestora tiene información y la comprueba (Epígrafe IV.1.1):

a) El Instituto Nacional de la Seguridad Social no tenía establecido ningún control sobre los procesos de incapacidad temporal que no constaban en sus bases de datos y por los que las empresas se estaban practicando deducciones por este concepto, lo que pudo suponer pagos indebidos para la Seguridad Social, en virtud de los siguientes datos (Subepígrafe IV.1.1.1):

— Se detectaron, al menos, 14.340 deducciones practicadas por las empresas derivadas de procesos de incapacidad temporal con origen en contingencias comunes en las que no existía ni parte médico de baja transmitido por los Servicios Públicos de Salud o el INGESA, ni parte de baja transmitido por las empresas con los datos económicos, por un importe de 15.613.061,33 euros.

— Se detectaron, al menos, 822 deducciones practicadas por las empresas derivadas de procesos de incapacidad temporal con origen en contingencias profesionales en las que no existía ni parte médico de baja transmitido por los Servicios Públicos de Salud o el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, ni parte de baja transmitido por las empresas con los datos económicos, por un importe de 742.283,51 euros.

— Se detectaron procesos de incapacidad temporal que estaban finalizados, por los que las empresas siguieron practicándose indebidamente deducciones por tiempo ilimitado, sin que fueran detectadas por la Seguridad Social. A este respecto, se ha verificado que solo en el segundo⁵⁵ mes siguiente a la finalización de un total de 1.648 procesos, las empresas se dedujeron indebidamente un importe de 1.004.379 euros, y existe el riesgo de que en el tercer mes y siguientes a la finalización de los procesos de incapacidad temporal se continuaran practicando deducciones indebidas de forma ilimitada.

b) El número de procesos no controlados ni informáticamente por los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social ni manualmente por sus Direcciones Provinciales fue de 1.915.242, cifra

⁵⁵ El Instituto Nacional de la Seguridad Social solo comprueba las deducciones practicadas por las empresas en el mes siguiente a la finalización de proceso de incapacidad temporal.

que representó el 64% del total de procesos a cargo de esta entidad gestora, lo que supone un grave defecto de control interno.

Esta ausencia de control en los procesos de incapacidad temporal supuso, entre el 1 de octubre de 2010 y el 31 de diciembre de 2012, un importe estimado en, al menos, 1.185 millones de euros, correspondiente al gasto en incapacidad temporal por contingencias comunes, cuyas prestaciones fueron financiadas por la Seguridad Social, sin que hubieran sido objeto de ningún tipo de comprobación ni control por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Del total de procesos no controlados, al menos en 254 casos, que ascendieron a 627.141,32 euros, las empresas se practicaron indebidamente deducciones, debido a que sus trabajadores no estaban en situación de alta en la Seguridad Social. Asimismo, de estos procesos no controlados, al menos en 217, que ascendieron a 226.750,16 euros, las empresas se practicaron deducciones indebidas debido a que sus trabajadores no tenían el período de cotización mínimo.

c) El número de procesos que los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social pretendían comprobar y controlar en el ejercicio 2012 disminuyó en un 31,4% respecto al ejercicio anterior, debido, entre otros factores, a la exclusión de los contratos laborales a tiempo parcial. Además, el porcentaje de procesos controlados y comprobados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social durante el período fiscalizado, mediante su envío mensual a la Tesorería General de la Seguridad Social para su cruce informático en la base de datos de recaudación, fue de tan solo el 36% del total de procesos susceptibles de control.

Por otra parte, el control informático realizado por los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social tampoco fue eficiente, ya que un total de 110.114 procesos de incapacidad temporal enviados a la Tesorería General de la Seguridad Social no pudieron ser validados ni comprobados, por lo que las deducciones practicadas por las empresas correspondientes a estos procesos también quedaron fuera del control del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Además, los resultados de estos controles automatizados realizados por los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social fueron insuficientes, dado que en las Direcciones Provinciales del mismo fiscalizadas se practicaron notificaciones de reclamación de deudas por deducciones indebidas de incapacidad temporal a las empresas superiores en un 102,5% a las comunicadas inicialmente por los Servicios Centrales (Subepígrafe IV.1.1.3).

2. Algunas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social reclamaban a las empresas solo los saldos que resultaron a su favor, sin compensar los saldos a favor de las propias empresas existentes para el mismo proceso y de los que tenían constancia las citadas Direcciones Provinciales, lo que supuso una situación manifiestamente injusta para dichas empresas (Subepígrafe IV.1.1.3).

3. El control establecido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social respecto a las deducciones de pago delegado efectuadas por las empresas presentó una anomalía importante que dio lugar a ineficiencias en su gestión, dado que no detectaba las deducciones indebidas practicadas por las empresas en concepto de incapacidad temporal más allá del mes siguiente a aquel en que habían finalizado los procesos. En este sentido, de la muestra analizada, en sólo tres Direcciones Provinciales se detectó un importe de 111.888,91 euros no reclamado a las empresas por este motivo (Subepígrafe IV.1.1.3).

4. El tiempo medio transcurrido en la tramitación de las disconformidades presentadas por los trabajadores en la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en Madrid, la única en la que el Tribunal realizó pruebas sobre este materia, fue de 28,21 días, a pesar de que el plazo establecido en la normativa para resolverlas es de 18 días naturales, lo que implicó, además del incumplimiento legal, un perjuicio económico para la Seguridad Social estimado en un importe de 65.634,50 euros para los ejercicios 2011 y 2012 sólo en esta Dirección Provincial, dado que durante el tiempo que transcurre mientras se solventan las discrepancias, la Seguridad Social debe seguir abonando la prestación económica de incapacidad temporal (Subepígrafe IV.1.3.2.1).

5. Los controles existentes en la base de datos de recaudación de la Tesorería General de la Seguridad Social respecto a las deducciones de incapacidad temporal presentaban numerosas deficiencias, entre otras, la no validación por la citada Tesorería de los importes máximos que se podían deducir las empresas, la posibilidad de grabar deducciones sin constancia de parte de baja, no disponer de controles sobre el límite temporal máximo para que las empresas se practiquen deducciones y permitir la grabación de varias deducciones por incapacidad temporal en sucesivas declaraciones ordinarias referidas al mismo mes (Subapartado IV.1).

6. El control establecido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social respecto de los procesos de contingencias profesionales que agotaron el plazo de duración de 365 días y que eran gestionadas por las Mutuas fiscalizadas fue escaso debido, entre otros motivos, a que todas las propuestas efectuadas por estas Mutuas a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social fueron resueltas por aquellas mediante silencio administrativo positivo.

VI.1.3 Conclusiones relativas a la gestión y control del Instituto Social de la Marina sobre la incapacidad temporal

1. En el ámbito de gestión de la incapacidad temporal por el Instituto Social de la Marina se detectaron 134 deducciones, por un importe de 164.062,12 euros, practicadas por las empresas por contingencias comunes en las que no existía ni parte médico de baja ni parte de baja transmitido por las empresas con los datos económicos (Subepígrafe IV.2.2).

2. Las Direcciones Provinciales del Instituto Social de la Marina no tenían acceso a la aplicación ATRIUM que gestiona el Instituto Nacional de la Seguridad Social para los reconocimientos médicos. Por tanto, aquéllas debían remitir la información de los trabajadores a los que se debe practicar los reconocimientos médicos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, en soporte papel, por correo ordinario o fax, con la consiguiente demora en la tramitación de estos reconocimientos médicos, el riesgo de pérdida de la información y un posible coste económico adicional para el Instituto Social de la Marina, dado que tiene que seguir abonando la prestación económica de incapacidad temporal hasta que se resuelva la situación médica del trabajador que depende de otra entidad gestora (Epígrafe IV.2.1).

3. El control manual del pago delegado de incapacidad temporal efectuado por la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina en Madrid en el ejercicio 2011 fue más eficiente que el resultado del cruce informático efectuado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, dado que el importe reclamado por la citada Dirección Provincial en concepto de deducciones indebidas de incapacidad temporal fue significativamente mayor que el obtenido del citado cruce informático, lo que evidencia aún más que los controles informáticos sobre la incapacidad temporal que realiza el Instituto Nacional de la Seguridad Social presentaban múltiples limitaciones (Epígrafe IV.2.2).

4. La información contenida en la aplicación «PRESMAR» que utiliza el Instituto Social de la Marina para la gestión de las prestaciones de incapacidad temporal, no es coherente con la información financiera y presupuestaria que se deduce de las cuentas anuales rendidas por esa entidad gestora al Tribunal de Cuentas.

VI.1.4 Conclusiones relativas a la gestión y control de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social sobre la incapacidad temporal

1. El procedimiento implantado para la transmisión diaria por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social al Instituto Nacional de la Seguridad Social de los partes médicos de alta y baja en los procesos de contingencias profesionales a su cargo presentó numerosas deficiencias, dado que no permitía la transmisión de los partes médicos de confirmación ni la corrección de errores por parte de las Mutuas. Además, exigía que ciertos errores sólo pudieran ser solventados por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, lo que conllevó la falta de homogeneidad en su tratamiento y ausencia de soluciones concretas sobre multitud de errores (Subepígrafe IV.3.1.1).

2. Las demoras existentes en los Servicios Públicos de Salud respecto a la prestación de asistencia sanitaria a los trabajadores asegurados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social por contingencias comunes ocasionó que determinados procesos de incapacidad temporal se alargasen de forma innecesaria, lo que supuso que el importe de la prestación económica de incapacidad temporal a cargo de las Mutuas se incrementase por causas ajenas a su gestión, con el consiguiente perjuicio económico para la Seguridad Social (Subepígrafe IV.3.2.1).

3. Desde el 1 de octubre de 2010 hasta el 30 de abril de 2013 existieron un total 235.163 procesos a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social correspondientes a contingencias comunes, que representaron el 2,92% sobre el total, para los que únicamente figuraba la información remitida por las empresas a través del Sistema RED, por lo que existió el riesgo de que el proceso de baja del trabajador no fuera real, dado que para dichos procesos no

constaba un parte de baja emitido por los Servicios Públicos de Salud o por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

En este sentido, en las cuatro Mutuas fiscalizadas se ha verificado que cuando un proceso únicamente tenía información del parte remitido por la empresa, dicha información era más que suficiente para su validación y para iniciar el pago de la prestación económica de incapacidad temporal, aun cuando sólo constara información de las empresas y no de los Servicios Públicos de Salud (Subepígrafe IV.3.3.1).

4. El control de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social sobre el pago delegado fue mucho más fiable y eficiente que el implantado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, dado que las Mutuas recibían de la Tesorería General de la Seguridad Social toda la información necesaria para efectuar los controles sobre las deducciones practicadas por sus empresas asociadas con sus propias aplicaciones informáticas. En consecuencia, los importes de las reclamaciones de deudas solicitadas por las Mutuas a la Tesorería General de la Seguridad Social por deducciones indebidas en incapacidad temporal fueron significativamente superiores a los comunicados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (Subepígrafe IV.3.3.2).

5. Durante los ejercicios 2010, 2011 y 2012 existieron pagos duplicados a favor de 538 trabajadores que estaban percibiendo, en el mismo período, prestaciones por desempleo a cargo del Servicio Público de Empleo Estatal y prestaciones de incapacidad temporal mediante la modalidad de pago directo a cargo de la Mutua Asepeyo, por un importe de 107.198,75 euros (Subepígrafe IV.3.4.1).

VI.1.5 Conclusiones relativas a la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal

1. El gasto presupuestario imputado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en concepto de incapacidad temporal, correspondiente a las empresas que colaboraban voluntariamente en su gestión, aumentó en el período 2011-2012 un 3,08%, lo que contrasta significativamente con la disminución en un 14,11% de las obligaciones reconocidas por el conjunto del sistema de la Seguridad Social en el mismo período y para la misma finalidad. Esta situación induce a considerar que el gasto en incapacidad temporal de estas empresas pudiera ser excesivo, al no guardar relación con la tendencia de disminución del gasto en incapacidad temporal que se ha venido produciendo en todo el sistema de la Seguridad Social, aun cuando no se han fiscalizado las cotizaciones a la Seguridad Social efectuadas por dichas empresas (Epígrafe IV.4.1).

2. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social no recibía información de ningún tipo relativa a las empresas que colaboraban únicamente en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes, sin prestar asistencia sanitaria, por lo que no realizó las actuaciones de tutela y gestión sobre estas empresas, que tiene encomendadas.

Además, los partes médicos correspondientes a los trabajadores de las empresas colaboradoras voluntarias en la gestión de la incapacidad temporal que deben remitir los Servicios Públicos de Salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria al Instituto Nacional de la Seguridad Social no se graban en la aplicación «inca pago delegado», por lo que la Seguridad Social desconoce las situaciones de incapacidad temporal de estos trabajadores, lo que impide verificar el coeficiente reductor adecuado que deberían aplicar las citadas empresas (Subepígrafe IV.4.2.3).

3. Las 237 empresas que colaboraron de forma voluntaria asumiendo el pago de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes podrían estar obteniendo beneficios derivados de esta colaboración, debido, por un lado, a que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social carece de información adecuada sobre estas empresas y sus procesos de incapacidad temporal y, por otro lado, a que el porcentaje de minoración en las cotizaciones aprobado anualmente por el citado Ministerio es meramente estimativo. Parece lógico entender que, de existir un perjuicio económico para estas empresas, que únicamente tienen que pagar la prestación de incapacidad temporal a sus trabajadores sin asumir la prestación de asistencia sanitaria, renunciarían a la gestión voluntaria de esta prestación económica.

Además, existe el riesgo de que las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal, al finalizar su colaboración, no efectúen el ingreso en la Seguridad Social de los excedentes de la gestión, máxime cuando una de las principales causas de finalización de la colaboración es la solicitud de concurso de acreedores o situaciones financieras similares (Subepígrafe IV.4.2.3).

VI.1.6 Conclusiones relativas a los convenios de colaboración para el control de la incapacidad temporal

1. De la documentación justificativa de la ejecución de los convenios de colaboración para el control de la incapacidad temporal formalizados entre el anterior Ministerio de Trabajo e Inmigración y las Comunidades Autónomas, correspondientes al ejercicio 2011, se han detectado gastos indebidamente financiados cuyo reintegro debe exigir el Instituto Nacional de Seguridad Social, así como los correspondientes intereses de demora, por los siguientes motivos:

a) Pago en exceso a la Comunidad Autónoma de Andalucía por importe de 29.333,64 euros, dado que recibió la totalidad de la financiación correspondiente al objetivo de «Transmisión en plazo de los partes de incapacidad temporal» siendo así que, según la propia entidad gestora, solo le correspondió el 99% de la financiación de este objetivo (Epígrafe V.1.1).

b) Pago en exceso a la Comunidad Autónoma de Aragón por importe de 1.886,19 euros, a la Comunidad Autónoma de Extremadura por importe de 1.542,64 euros, y a la Comunidad Autónoma de Galicia por importe de 3.945,12 euros, dado que se redondeó indebidamente en exceso el porcentaje de financiación correspondiente al objetivo de «Cumplimentación del código de diagnóstico correcto en los partes de incapacidad temporal» (Epígrafe V.1.1).

c) Pago en exceso a las Comunidades Autónomas de la Región de Murcia y La Rioja por importes de 822.413,86 euros y 183.344,18 euros, respectivamente, debido a que dichas Comunidades no cumplieron el objetivo de «Propuestas de alta», a pesar de lo cual recibieron íntegramente la financiación establecida en los convenios para este objetivo (Epígrafe V.1.3).

d) Pago en exceso a la Comunidad de Castilla y León por importe de 298.933,57 euros, debido a que esta Comunidad, si bien cumplió en su conjunto el objetivo de «Propuestas de alta» contestando en el plazo de 25 días, no fue así respecto a la provincia de Valladolid (28,26 días) (Epígrafe V.1.3).

e) Pago en exceso a la Comunidad de Castilla y León por importe de 33.807,96 euros, dado que recibió financiación íntegra por el cumplimiento del objetivo de «Accesos a historiales clínicos en papel», aun cuando en la provincia de León no se cumplió este objetivo (Epígrafe V.1.5).

f) Pagos en exceso a la Comunidad Autónoma de Andalucía por importe de 510.405,39 euros, a la Comunidad de Castilla y León por importe de 62.099,89 euros, a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha por importe de 72.954,33 euros, y a la Comunidad Autónoma de Galicia por importe de 262.350,79 euros, debido a que algunas provincias de estas Comunidades no cumplieron el objetivo de «Pruebas médicas complementarias», al no disponer de acuerdos con la Subcomisión Provincial correspondiente y, en consecuencia, no realizar ninguna prueba complementaria (Epígrafe V.1.5).

g) Pagos en exceso a la Comunidad Autónoma de Aragón, por importe de 16.032,59 euros, a la Comunidad de Castilla y León, por importe de 99.644,52 euros, y a la Comunidad Autónoma de La Rioja, por importe de 22.918,02 euros, dado que algunas provincias de su territorio no cumplieron el objetivo de «Implicación de las unidades de gestión» al no tener coordinador y/o no suministrar la información sobre incapacidad temporal, tal y como preveían los convenios (Epígrafe V.1.5).

h) Pago en exceso a la Comunidad Autónoma de Illes Balears por importe de 3.947,64 euros, dado que en la liquidación del objetivo de «Otras Actividades» debió recibir del Instituto Nacional de la Seguridad Social un importe de 705.485,22 euros, en lugar de los 709.432,86 euros que finalmente percibió, sin ninguna justificación (Epígrafe V.1.5).

i) Pagos en exceso a la Comunidad Autónoma de Andalucía por 2.112,02 euros, a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha por importe de 496,69 euros, a la Comunidad Autónoma de Galicia por 1.341,34 euros y a la Comunitat Valenciana por importe de 1.217,71 euros, correspondientes al objetivo de «indicador de incidencia», por el injustificado redondeo en exceso en el porcentaje de financiación efectuado indebidamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (Epígrafe V.1.7).

2. Además de los reintegros anteriores, se han detectado las siguientes irregularidades en la gestión de los convenios de colaboración (Subapartado V.1):

a) Los pagos efectuados a las 15 Comunidades Autónomas, en virtud de los objetivos correspondientes al «indicador sobre prevalencia» y al «indicador sobre días de incapacidad temporal/afiliado», no fueron debidamente justificados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por falta de información estadística, y a pesar de ello financió íntegramente a estas Comunidades Autónomas por el cumplimiento total de ambos objetivos. Por tanto, el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe aportar los datos

estadísticos ciertos correspondientes al ejercicio 2011 de estos dos objetivos, y proceder a calcular la correcta financiación que correspondería a cada Comunidad Autónoma, exigiendo, en su caso, los reintegros oportunos.

b) Se produjeron, sin la debida justificación, dos pagos indebidos a favor de la Fundación Marqués de Valdecilla en lugar de a la Comunidad Autónoma de Cantabria, legítima acreedora de la ejecución del convenio de colaboración, por importe total de 1.087.257,88 euros, por lo que el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe exigir a la citada Fundación la devolución de estas cantidades y proceder al pago del importe a la citada Comunidad Autónoma.

c) La ejecución de la cláusula séptima en los quince convenios de colaboración tuvo como única finalidad el reparto del crédito no gastado del ejercicio anterior entre las Comunidades Autónomas, por importe de 34.070.539,33 euros, sin ninguna contrapartida directa y concreta por parte de las mismas, lo que supuso un gasto que no guardó relación con la mejora en la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal.

d) El Instituto Nacional de la Seguridad Social no aplicó los mismos criterios de valoración para justificar los convenios de colaboración suscritos con la Comunidad Autónoma del País Vasco y con la Comunidad Foral de Navarra en relación con el resto de Comunidades Autónomas, lo que supuso una situación ventajosa para aquéllas. Si hubiera aplicado los mismos criterios de valoración, la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra hubieran obtenido, en relación con la financiación del curso de formación on-line, una cuantía inferior a la recibida en 21.000 y 4.000 euros, respectivamente.

3. Asimismo, se han detectado las siguientes deficiencias relativas a la ejecución de los convenios de colaboración:

a) El Instituto Nacional de la Seguridad Social concedió el 8% de la financiación a las Comunidades Autónomas que contestaron en un plazo inferior a 25 días a las propuestas de alta formuladas por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Sin embargo, de acuerdo con el artículo 5 del Real Decreto 575/1997, el plazo legal máximo de contestación es de 15 días, por lo que el criterio de valoración de la entidad gestora fue contrario a la normativa vigente (Epígrafe V.1.3).

b) La asignación de créditos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social respecto al objetivo de formación de los profesionales sanitarios en materia de incapacidad temporal fue discrecional y no guardó relación con la población protegida de asistencia sanitaria en cada Comunidad Autónoma.

Asimismo, el criterio discrecional utilizado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social para distribuir los fondos correspondientes al «curso on-line» tuvo como consecuencia un pago distinto por médico inscrito en cada Comunidad Autónoma, lo que resultó inadecuado y desproporcionado, produciendo grandes diferencias en cuanto a la asignación económica y eficiente de los recursos públicos.

Se produjo un exceso de financiación correspondiente a la actividad de formación en las Comunidades Autónomas de Galicia, Madrid y Región de Murcia, con unos ingresos por Médico Interno Residente formado muy superiores a la media nacional (Epígrafe V.1.4).

c) El Instituto Nacional de la Seguridad Social no elaboró unos criterios de valoración concretos para verificar el grado de cumplimiento de los objetivos recogidos en los convenios específicos de incapacidad temporal suscritos con la Comunidad Foral de Navarra y del País Vasco, como sí hizo respecto a los convenios de colaboración generales formalizados con las otras 15 Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, lo que supuso un tratamiento diferente e injustificado entre Comunidades Autónomas (Subapartado V.2).

4. Las dos únicas Comunidades Autónomas con las que no fueron suscritos los convenios generales de control de la incapacidad temporal (la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma del País Vasco) presentaron una incidencia en incapacidad temporal y un coste por afiliado en incapacidad temporal muy superior a media nacional, lo que induce a afirmar que la formalización de dichos convenios generales, a pesar de las irregularidades señaladas, fueron beneficiosos en términos generales en la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal (Subapartado V.2).

VI.2 Recomendaciones

VI.2.1 Dirigidas al Ministerio de Empleo y Seguridad Social

1. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería adoptar las medidas necesarias para que las comunicaciones entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina, relativas a los reconocimientos médicos que debe realizarse a trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, se efectúen a través de la aplicación ATRIUM Pros@ que gestiona el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

2. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería impulsar la creación de una base de datos de partes médicos debidamente consolidada y conjunta con la información de que disponen las entidades del sistema de la Seguridad Social, con objeto de que los agentes con competencias en estos procesos puedan compartir la información existente, evitar los errores y deficiencias en la transmisión de los datos y, en definitiva, lograr un control más eficiente en la gestión de los procesos de incapacidad temporal.

3. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería impulsar las modificaciones legales oportunas para flexibilizar los requisitos establecidos en el artículo 82 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, para que las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social puedan prestar asistencia sanitaria a los trabajadores en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes.

4. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería dictar las normas oportunas para que las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social comuniquen periódicamente al Servicio Público de Empleo Estatal los pagos directos de prestaciones de incapacidad temporal a favor de trabajadores por finalización de los contratos laborales, con objeto de evitar que se produzcan pagos duplicados en prestaciones de la Seguridad Social.

5. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en coordinación con los Servicios Públicos de Salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, deberían adoptar las medidas oportunas respecto a que los partes de baja incluyan un apartado donde los facultativos de atención primaria, en los casos de recaída, pudieran anotar la fecha de baja del proceso anterior, dado que son ellos los que efectúan el reconocimiento médico del trabajador y los que disponen de los antecedentes médicos que permiten determinar si un nuevo proceso es evolución de otro anterior.

VI.2.2 Dirigida a la Tesorería General de la Seguridad Social

La Tesorería General de la Seguridad Social debería establecer los controles informáticos adecuados sobre las deducciones de incapacidad temporal en la recepción de los documentos de cotización a través del Sistema RED, de forma que se impida la consignación de estas deducciones si no existen procesos de baja asociados, rechace las deducciones en procesos de corta duración o sin período de carencia e impida practicar deducciones una vez finalizado el proceso de incapacidad temporal que las ampara o por cuantías que exceden los límites legalmente establecidos.

VI.2.3 Dirigidas al Instituto Nacional de la Seguridad Social

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social debería solicitar de la Tesorería General de la Seguridad Social, mensualmente, la totalidad de las deducciones practicadas por sus empresas aseguradas en los documentos de cotización para poder detectar las deducciones no asociadas a ningún proceso de incapacidad temporal, así como las deducciones indebidas practicadas por las empresas que actualmente no están sometidas al control automatizado del citado Instituto. En este sentido, deberían modificarse los mecanismos de control existentes en la actualidad en relación a las deducciones por pago delegado, de forma que se eliminara el riesgo de que un elevado número de deducciones quede fuera de los filtros automáticos establecidos por esta entidad gestora, con el consiguiente perjuicio a los fondos públicos de la Seguridad Social.

2. El Instituto Nacional de la Seguridad Social debería actualizar la norma interna que regula el procedimiento de control del pago delegado y realizar el seguimiento de los resultados de las comunicaciones efectuadas a sus Direcciones Provinciales respecto a las diferencias detectadas en el cruce informático con la base de recaudación de la Tesorería General de la Seguridad Social.

3. El Instituto Nacional de la Seguridad Social debería aumentar el control sobre los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales de asegurados a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, y establecer un protocolo de comunicación con éstas que le permita disponer de la información completa de los procesos cuya competencia asume, una vez que superan los 365 días, así como dictar instrucciones internas con el fin de evitar la heterogeneidad en las actuaciones de sus Direcciones Provinciales en relación con estos procesos de incapacidad temporal.

VI.2.4 Dirigidas al Instituto Social de la Marina

1. El Instituto Social de la Marina no debería efectuar reclamaciones por deducciones indebidas de incapacidad temporal por importes inferiores al 3% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples, al igual que realiza el Instituto Nacional de la Seguridad Social, dado que el coste administrativo de gestionar estas deudas es mayor que el resultado de su recaudación.

2. El Instituto Social de la Marina debería adoptar las medidas oportunas para que la información contenida en la aplicación «PRESMAR» sea coherente con la información financiera rendida por dicho Instituto a este Tribunal, con objeto de que la aplicación sea un instrumento adecuado de gestión y control de procesos de incapacidad temporal.

VI.2.5 Dirigida a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social deberían adoptar las medidas necesarias para evitar el pago de prestaciones económicas de incapacidad temporal respecto a aquellos procesos de contingencias comunes para los que sólo dispongan de información del parte remitido por las empresas a través del Sistema RED, estableciendo un procedimiento de solicitud de partes médicos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, a los Servicios Públicos de Salud y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, ante el riesgo de que se estén efectuando pagos por un proceso de incapacidad temporal inexistente o creado fraudulentamente por una empresa.

VI.2.6 Dirigidas a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social

1. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social debería impulsar la modificación de la normativa vigente en relación con el ingreso de los excedentes de la gestión derivados de la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la incapacidad temporal, de forma que estos excedentes sean ingresados en una cuenta corriente a disposición de la Tesorería General de la Seguridad Social en cada ejercicio, y no únicamente cuando cesa esta colaboración voluntaria.

2. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social debería impulsar la modificación de la normativa vigente, con el fin de derogar la modalidad de colaboración voluntaria en la gestión de la prestación de incapacidad temporal recogida en el artículo 77.1.d) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social⁵⁶.

Madrid, 27 de marzo de 2014.—El Presidente, Ramón Álvarez de Miranda García.

⁵⁶ La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social señala en sus alegaciones que comparte plenamente esta propuesta, que se enmarcaría en la modificación de la actual regulación de las empresas colaboradoras sobre la que están trabajando los servicios administrativos de esta Dirección General.

ANEXOS

ANEXO N.º 1

Deuda reclamada por la TGSS por compensaciones indebidas de incapacidad temporal
Ejercicio 2011

MUTUAS	EMITIDO			PAGADO			
	Nº Doc.	Importe Principal	Importe Recargo	Total	Importe Principal	Importe Recargo	Total
FREMAP	66.413	33.842.417,67	6.699.198,46	40.541.616,13	12.356.751,52	2.396.609,91	14.753.361,43
ASEPEYO	24.274	12.528.440,96	2.493.986,83	15.022.427,79	3.175.260,01	622.733,00	3.797.993,01
MUTUA UNIVERSAL MUGENAT	16.185	7.964.680,27	1.417.019,30	9.381.699,57	3.144.831,83	455.061,16	3.599.892,99
FRATERNIDAD-MUPRESPA	13.565	5.819.810,81	1.159.878,92	6.979.689,73	1.904.697,29	376.806,45	2.281.503,74
IBERMUTUAMUR	11.077	6.740.295,03	1.340.754,92	8.081.049,95	1.622.395,59	314.880,42	1.937.276,01
MUTUA MIDAT CYCLOPS	8.143	5.538.630,58	746.836,87	6.285.467,45	2.765.554,63	192.189,63	2.957.744,26
MAZ	4.381	2.624.506,68	352.610,38	2.977.117,06	1.417.690,57	113.522,70	1.531.213,27
EGARSAT	3.279	1.283.641,30	256.345,80	1.539.987,10	509.987,32	101.022,61	611.009,93
ACTIVA MUTUA 2008	3.712	1.490.073,56	297.614,55	1.787.688,11	471.649,22	93.839,73	565.488,95
UMIVALE	3.631	1.407.348,76	280.907,21	1.688.255,97	444.445,75	88.095,32	532.541,07
MUTUA BALEAR	2.728	1.109.368,19	218.927,87	1.328.296,06	377.588,42	72.183,60	449.772,02
UNIÓN MUTUAS UNIMAT	2.793	1.605.236,13	209.707,85	1.814.943,98	882.125,36	66.850,01	948.975,37
MUTUALIA	1.983	796.248,34	154.131,75	950.380,09	350.988,95	66.580,43	417.569,38
MUTUA GALLEGA DE AT	1.973	924.476,71	180.852,85	1.105.329,56	277.332,20	53.562,49	330.894,69
MUTUA INTERCOMARCAL	2.446	1.155.127,06	229.146,77	1.384.273,83	271.415,65	51.847,69	323.263,34
MUTUA MONTAÑESA	1.913	878.279,77	175.326,11	1.053.605,88	259.136,81	51.497,68	310.634,49
MAC	592	268.116,52	51.390,33	319.506,85	121.861,88	22.374,99	144.236,87
SOLIMAT	744	273.096,48	53.340,33	326.436,81	105.184,23	20.524,40	125.708,63
MUTUA NAVARRA	447	192.509,40	36.646,36	229.155,76	105.300,63	19.259,18	124.559,81
INSS	1.187	1.072.232,14	213.890,54	1.286.122,68	91.110,61	18.102,23	109.212,84
CESMA	860	272.672,29	54.424,38	327.096,67	69.243,86	13.541,68	82.785,54
ISM	1	35,52	7,10	42,62	-	-	-
TOTAL	172.327	87.787.244,17	16.622.945,48	104.410.189,65	30.724.552,33	5.211.085,31	35.935.637,64

Fuente: Información facilitada por la TGSS.

ANEXO N.º 2

Informes de control financiero de la IGSS sobre pago directo

Direcciones Provinciales del INSS	Expedientes totales IT pago directo	Expedientes controlados	% Expedientes controlados
Álava	43	43	100,00%
Albacete	79	50	63,29%
Almería	107	45	42,06%
Asturias	204	113	55,39%
Ávila	421	50	11,88%
Badajoz	56	50	89,29%
Baleares	144	50	34,72%
Barcelona	741	125	16,87%
Burgos	890	50	5,62%
Cáceres	55	50	90,91%
Cádiz	145	50	34,48%
Cantabria	122	75	61,48%
Castellón	262	45	17,18%
Ceuta	69	38	55,07%
Ciudad Real	86	45	52,33%
Córdoba	108	50	46,30%
Cuenca	43	37	86,05%
Gerona	102	40	39,22%
Granada	167	45	26,95%
Guadalajara	466	50	10,73%
Huesca	706	45	6,37%
Jaén	133	50	37,59%
La Rioja	61	50	81,97%
León	73	45	61,64%
Lugo	1.702	45	2,64%
Madrid	554	88	15,88%
Málaga	266	44	16,54%
Murcia	1354	88	6,50%
Navarra	149	50	33,56%
Palencia	510	30	5,88%
Pontevedra	272	45	16,54%
Salamanca	695	50	7,19%
Segovia	310	50	16,13%
Sevilla	426	50	11,74%
Soria	208	45	21,63%
Tarragona	101	45	44,55%
Tenerife	262	50	19,08%
Teruel	320	50	15,63%
Toledo	60	50	83,33%
Valencia	1.263	75	5,94%
Valladolid	54	50	92,59%
Vizcaya	227	50	22,03%
Zamora	430	50	11,63%
Zaragoza	114	114	100,00%
TOTAL	14.560	2.410	16,55%

ANEXO N.º 3

Obligaciones reconocidas por incapacidad temporal ISM
Ejercicios 2010, 2011 y 2012

Centros de Gestión ISM	2010			2011			2012		
	Régimen Especial Trabajadores del Mar	Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional	TOTAL	Régimen Especial Trabajadores del Mar	Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional	TOTAL	Régimen Especial Trabajadores del Mar	Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional	TOTAL
C. Mar Alicante	595.987,21	89.606,09	685.593,30	458.036,97	27.790,11	485.827,08	503.736,85	23.007,08	526.743,93
C. Mar Almería	366.373,64	27.309,82	393.683,46	419.909,45	47.589,22	467.498,67	363.687,21	34.650,25	398.337,46
C. Mar Baleares	472.547,03	116.446,79	588.993,82	400.107,91	49.136,29	449.244,20	385.186,77	60.884,33	446.071,10
C. Mar Barcelona	1.781.816,38	53.181,67	1.834.998,05	1.595.982,74	34.350,94	1.630.333,68	1.061.916,23	23.967,27	1.085.883,50
C. Mar Cádiz	3.263.116,23	7.350,27	3.270.466,50	2.895.074,35	39.526,12	2.934.600,47	2.015.318,78	29.813,80	2.045.132,58
C. Mar Castellón	496.397,83	180.997,65	677.395,48	566.686,66	9.273,07	575.959,73	481.562,89	3.857,70	485.420,59
C. Mar La Coruña	4.803.811,76	41.881,32	4.845.693,08	4.166.257,57	453.754,38	4.620.011,95	4.659.197,80	595.367,74	5.254.565,54
C. Mar Guipúzcoa	337.337,74	114.490,78	451.828,52	285.640,62	18.594,51	304.235,13	144.404,28	13.480,22	157.884,50
C. Mar Huelva	1.174.514,51	58.915,61	1.233.430,12	1.094.466,04	93.253,01	1.187.719,05	1.039.952,46	41.230,14	1.081.182,60
C. Mar Lugo	830.694,33	50.195,50	880.889,83	698.798,90	23.305,49	722.104,39	668.474,26	24.058,32	692.532,58
C. Mar Madrid	2.636.758,83	38.001,95	2.674.760,78	2.371.697,31	139,61	2.371.836,92	1.573.136,64	9,15	1.573.145,79
C. Mar Málaga	487.627,78	-	487.627,78	335.133,60	44.402,96	379.536,56	337.288,23	33.847,94	371.136,17
C. Mar Cartagena (Murcia)	462.682,99	475.131,12	937.814,11	408.339,76	46.333,41	454.673,17	402.591,31	36.409,60	439.000,91
C. Mar Gijón (Oviedo)	655.427,28	24.698,77	680.126,05	764.190,70	192.114,85	956.305,55	666.917,87	177.539,69	844.457,56
C. Mar Las Palmas	2.042.876,84	380.194,73	2.423.071,57	1.621.662,57	62.103,42	1.683.765,99	1.614.645,65	64.134,11	1.678.779,76
C. Mar Vigo (Pontevedra)	8.629.570,77	687.088,26	9.316.659,03	7.874.412,34	421.982,07	8.296.394,41	6.915.589,32	403.480,26	7.319.069,58
C. Mar Villagarcía	5.822.797,44	5.777,65	5.828.575,09	5.748.859,94	576.651,40	6.325.511,34	5.612.225,82	538.132,63	6.150.358,45
C. Mar S.C. Tenerife	824.973,94	28.000,90	852.974,84	582.243,55	56.656,90	638.900,45	452.402,97	61.307,32	513.710,29
C. Mar Santander	679.890,74	47.799,27	727.690,01	707.279,55	51.989,65	759.269,20	610.809,19	21.493,13	632.302,32
C. Mar Sevilla	260.864,13	17.240,73	278.104,86	175.281,65	-	175.281,65	63.769,57	1.075,28	64.844,85
C. Mar Tarragona	550.511,03	23.511,92	574.022,95	585.810,53	-	585.810,53	464.894,64	-	464.894,64
C. Mar Valencia	916.926,45	33.929,50	950.855,95	832.651,35	20.045,20	852.696,55	858.094,78	32.247,02	890.341,80
C. Mar Bizkaia	1.572.234,17	1.376,10	1.573.610,27	1.372.599,89	4.611,76	1.377.211,65	876.001,80	-	876.001,80
D.P. ISM Ceuta	58.463,09	6.879,18	65.342,27	75.702,02	36.965,55	112.667,57	69.875,64	6.593,90	76.469,54
C. Mar Melilla	106.502,25	-	106.502,25	70.007,98	-	70.007,98	36.217,18	-	36.217,18
TOTAL	39.830.704,39	2.510.005,58	42.340.709,97	36.106.833,95	2.310.569,92	38.417.403,87	31.877.898,14	2.226.586,88	34.104.485,02

Fuente: Información facilitada por el ISM

ANEXO N.º 4

Importes de los Excedentes ingresados por las MATEPSS
Ejercicio 2010 y 2011

Nº MUTUA	MUTUAS	EXCEDENTES DE CONTINGENCIAS COMUNES (Fondo de Reserva)		EXCEDENTES DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES (Fondo de Prevención y Rehabilitación)	
		EJERCICIO 2010	EJERCICIO 2011	EJERCICIO 2010	EJERCICIO 2011
1	MUTUAL MIDAT CYCLOPS	24.920.757,96	20.380.145,24	23.572.490,15	34.862.720,49
2	MUTUALIA	-	-	9.483.218,59	8.505.843,57
3	ACTIVA MUTUA	18.586.866,40	10.755.746,89	2.518.638,22	6.159.251,53
7	MUTUA MONTAÑESA	5.886.708,04	4.369.968,82	1.273.049,54	3.170.498,84
10	MUGENAT	-	17.398.330,76	19.528.301,23	22.524.992,92
11	MAZ	12.681.012,01	12.937.365,01	-	4.472.445,40
15	UMIVALE	11.624.164,51	13.857.989,60	2.749.723,37	11.636.350,26
21	MUTUA NAVARRA	-	321.356,34	1.478.126,93	2.812.539,96
39	MUTUA INTERCOMARCAL	1.301.001,22	4.130.533,14	1.397.157,09	2.751.585,93
61	FREMAP	56.693.026,03	42.187.275,05	80.099.119,81	80.609.938,38
72	SOLIMAT	2.454.706,90	1.095.250,75	1.200.986,47	1.634.281,79
115	MUTUA DE ANDALUCÍA Y CEUTA	487.896,47	4.280.918,33	-	278.872,50
151	ASEPEYO	43.420.948,50	45.580.851,26	56.890.767,01	38.806.786,03
183	MUTUA BALEAR	4.973.722,48	6.045.635,95	5.754.798,92	6.598.946,81
201	MUTUA GALLEGA	-	-	112.391,10	568.482,20
267	UNION DE MUTUAS	9.182.295,83	9.518.898,99	725.892,02	4.155.354,96
272	MAC	-	-	3.611.931,99	4.260.938,05
274	IBERMUTUAMUR	30.199.906,08	22.483.155,37	25.822.469,63	40.557.641,54
275	MUPRESPA	-	9.206.050,07	3.841.409,18	18.536.389,74
276	EGARSAT	-	1.937.144,30	-	2.242.093,75
TOTAL		222.413.012,43	226.486.615,87	240.060.471,25	295.145.954,65

ANEXO N.º 5

**Informatización y transmisión telemática al INSS de partes de incapacidad temporal
en plazo y con código de diagnóstico
(20% del presupuesto)**

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de cumplimiento	Informatización y transmisión por vía telemática al INSS 5%	Transmisión en plazo de los partes de IT (decalaje) 5%	Cumplimentación del Código 10%
Andalucía	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	2.933.364,32	2.933.364,32	5.866.728,64
Aragón	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	471.546,69	471.546,69	943.093,39
Principado de Asturias	Cumplimiento	100%	100%	90%
	Importe	389.346,68	389.346,68	700.824,02
Canarias	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	752.260,60	752.260,60	1.504.521,20
Cantabria	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	211.459,42	211.459,42	422.918,85
Castilla-La Mancha	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	744.433,45	744.433,45	1.488.866,90
Castilla y León	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	889.683,25	889.683,25	1.779.366,50
Cataluña	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	2.716.079,55	2.716.079,55	5.43.159,11
Extremadura	Cumplimiento	100%	98,80%	100%
	Importe	385.659,57	381.031,62	771.319,14
Galicia	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	986.281,17	986.281,17	1.972.562,33
Illes Balears	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	396.348,92	396.348,92	792.697,84
La Rioja	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	114.590,11	114.590,11	229.180,23
Madrid	Cumplimiento	100%	100%	85,90%
	Importe	2.262.258,47	2.262.258,47	3.886.560,05
Región de Murcia	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	514.008,66	514.008,66	1.028.017,32
Comunitat Valenciana	Cumplimiento	100%	100%	99,90%
	Importe	1.825.108,11	1.825.108,11	3.646.566,00
Ceuta y Melilla	Cumplimiento	100%	99,5%	66,40%
	Importe	47.233,17	46.997,00	62.725,65

ANEXO N.º 6

**Emisión de informes médicos y aplicación de duración estándar
(14% del presupuesto)**

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de cumplimiento	Informes trimestrales emitidos por la Inspección Médica del SPS sobre control IT 10%	Duraciones Estándar 4%
Andalucía	Cumplimiento	57,20%	100%
	Importe	3.355.768,78	2.346.691,46
Aragón	Cumplimiento	100%	50%
	Importe	943.093,39	188.618,68
Principado de Asturias	Cumplimiento	96,40%	50%
	Importe	750.660,39	155.738,67
Canarias	Cumplimiento	92%	100%
	Importe	1.384.159,50	601.808,48
Cantabria	Cumplimiento	100%	100%
	Importe	422.918,85	169.167,54
Castilla-La Mancha	Cumplimiento	86,70%	100%
	Importe	1.290.847,60	595.546,76
Castilla y León	Cumplimiento	54%	100%
	Importe	960.857,91	711.746,60
Cataluña	Cumplimiento	El convenio no tiene este objetivo	100%
	Importe		5.432.159,11
Extremadura	Cumplimiento	70,20%	100%
	Importe	541.466,04	308.527,66
Galicia	Cumplimiento	86,20%	100%
	Importe	1.700.348,73	789.024,93
Illes Balears	Cumplimiento	100%	100%
	Importe	792.697,84	317.079,14
La Rioja	Cumplimiento	100%	100%
	Importe	229.180,23	91.672,09
Madrid	Cumplimiento	21,70%	50%
	Importe	981.820,18	904.903,59
Región de Murcia	Cumplimiento	74,50%	100%
	Importe	765.872,91	411.206,93
Comunitat Valenciana	Cumplimiento	64,10%	100%
	Importe	1.460.086,49	2.339.788,60
Ceuta y Melilla	Cumplimiento	50,30%	25%
	Importe	47.516,57	9.446,63

ANEXO N.º 7

**Gestión de propuestas de alta, procesos de corta duración
y gestión de disconformidades
(18% presupuesto)**

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de cumplimiento	Gestión de propuestas de alta 8%	Gestión de disconformidades 2%	Plan Estratégico Procesos de corta duración 8%
Andalucía	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	4.693.382,91	1.173.345,73	4.693.382,91
Aragón	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	754.474,71	188.618,68	754.474,71
Principado de Asturias	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	622.954,68	155.738,67	622.954,68
Canarias	Cumplimiento	100%	-	100%
	Importe	1.203.616,96	-	1.203.616,96
Cantabria	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	338.335,08	84.583,77	338.335,08
Castilla-La Mancha	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	1.191.093,52	297.773,38	1.191.093,52
Castilla y León	Cumplimiento	100%	-	-
	Importe	1.423.493,20	-	-
Extremadura	Cumplimiento	100%	-	100%
	Importe	617.055,31	-	617.055,31
Galicia	Cumplimiento	100%	-	100%
	Importe	1.578.049,87	-	1.578.049,87
Illes Balears	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	634.158,27	158.539,57	634.158,27
La Rioja	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	45.836,05	183.344,18
Madrid	Cumplimiento	100%	-	75%
	Importe	3.619.613,55	-	2.714.710,16
Región de Murcia	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	205.603,46	822.413,86
Comunitat Valenciana	Cumplimiento	100%	-	100%
	Importe	2.920.172,976	-	2.920.172,98
Ceuta y Melilla	Cumplimiento	100%	100%	-
	Importe	75.573,07	18.893,27	-

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Porcentaje de cumplimiento	Reconocimientos médicos 10%	Adecuación de la duración de los procesos de IT 10%
Cataluña	Cumplimiento	100%	100%
	Importe	5.432.159,11	5.432.159,11

ANEXO N.º 8

**Formación e información
(9% presupuesto)**

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de cumplimiento	Formación en IT 8%	Otras actividades formativas 1%
Andalucía	Cumplimiento	95%	100%
	Importe	4.458.713,77	586.672,86
Aragón	Cumplimiento	26,63%	33,33%
	Importe	200.916,62	31.433,30
Principado de Asturias	Cumplimiento	75%	100%
	Importe	467.216,01	77.869,34
Canarias	Cumplimiento	51,25%	50%
	Importe	616.853,69	75.226,06
Cantabria	Cumplimiento	58,75%	-
	Importe	198.771,86	-
Castilla-La Mancha	Cumplimiento	52,5%	40%
	Importe	625.324,10	59.554,68
Castilla y León	Cumplimiento	28,125%	-
	Importe	400.357,46	-
Cataluña	Cumplimiento	97,50%	100%
	Importe	4.237.084,10	543.215,91
Extremadura	Cumplimiento	97,50%	100%
	Importe	601.628,93	77.131,91
Galicia	Cumplimiento	97,50%	20,00%
	Importe	1.538.598,62	39.451,25
Illes Balears	Cumplimiento	91,25%	100%
	Importe	578.669,42	79.269,78
La Rioja	Cumplimiento	75%	50%
	Importe	137.508,14	11.459,01
Madrid	Cumplimiento	60%	100%
	Importe	2.171.768,13	452.451,69
Región de Murcia	Cumplimiento	60%	100%
	Importe	493.448,32	102.801,73
Comunitat Valenciana	Cumplimiento	85%	50%
	Importe	2.482.147,03	182.510,81
Ceuta y Melilla	Cumplimiento	60%	-
	Importe	45.343,84	-

ANEXO N.º 9

Población protegida en plazas curso on-line

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Población protegida 2011	Asignación de plazas curso on-line	Población protegida/asignación plazas curso on-line
Andalucía	7.985.055,00	77	103.702,01
Aragón	1.274.795,00	11	115.890,45
Principado de Asturias	1.049.471,00	10	104.947,10
Canarias	2.042.771,00	23	88.816,13
Cantabria	571.947,00	9	63.549,67
Castilla-La Mancha	2.029.181,00	16	126.823,81
Castilla y León	2.406.144,00	28	85.933,71
Cataluña	7.373.987,00	68	108.440,99
Extremadura	1.045.965,00	24	43.581,88
Galicia	2.665.798,00	29	91.924,07
Illes Balears	1.079.804,00	14	77.128,86
La Rioja	310.568,00	10	31.056,80
Madrid	6.151.520,00	62	99.218,06
Región de Murcia	1.398.366,00	24	58.265,25
Comunitat Valenciana	4.939.676,00	49	100.809,71
Ceuta y Melilla	131.687,00	4	32.921,75
TOTAL	42.456.735,00	458	-

ANEXO N.º 10

Presupuesto por plaza asignada en las Comunidades Autónomas curso on-line

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Presupuesto del curso on-line	N.º plazas asignadas	Presupuesto por plaza asignada	Médicos inscritos	Presupuesto por médico inscrito
Andalucía	1.173.345,73	77	15.238,26	80	14.666,82
Aragón	188.618,68	11	17.147,15	12	15.718,22
Principado de Asturias	155.738,67	10	15.573,87	-	-
Canarias	300.904,24	23	13.082,79	26	11.573,24
Cantabria	84.583,77	9	9.398,20	8	10.572,97
Castilla-La Mancha	297.773,38	16	18.610,94	14	21.269,53
Castilla y León	355.873,30	28	12.709,76	32	11.121,04
Cataluña	1.086.431,82	68	15.976,94	68	15.976,94
Extremadura	154.263,83	24	6.427,66	28	5.509,42
Galicia	394.512,47	29	13.603,88	32	12.328,51
Illes Balears	158.539,57	14	11.324,25	10	15.893,96
La Rioja	45.836,05	10	5.583,60	-	-
Madrid	904.903,39	62	14.595,22	68	13.307,40
Región de Murcia	205.603,46	24	8.566,81	24	8.566,81
Comunitat Valenciana	730.043,24	49	14.898,84	54	13.519,32
Ceuta y Melilla	18.893,27	4	4.723,32	6	3.148,88

ANEXO N.º 11

Coste de liquidación por MIR formado por Comunidades Autónomas

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Acumulación trimestral de MIR formados	% de liquidación por cumplimiento	Cuantía liquidada	Coste de liquidación/MIR formado	Observaciones
Andalucía	198	100%	586.672,86	2.962,99	Sevilla no ha proporcionado datos
Aragón	4	33,33%	31.433,30	7.858,33	Huesca no ha proporcionado datos
Principado de Asturias	49	100%	77.869,34	1.589,17	-
Canarias	17	50%	75.226,06	4.425,06	Las Palmas no ha formado MIR
Cantabria	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	28	40%	59.554,68	2.126,95	Ciudad Real, Cuenca y Guadalajara no han formado MIR
Castilla y León	-	-	-	-	-
Cataluña	53	100%	543.215,91	10.249,36	Tarragona no ha proporcionado datos. Girona no ha formado MIR
Extremadura	24	100%	77.131,91	3.213,83	-
Galicia	2	20%	39.451,25	19.725,62	Pontevedra no ha proporcionado datos. A Coruña y Orense no han formado MIR
Illes Balears	13	100%	79.269,78	6.097,68	-
La Rioja	-	-	-	-	-
Madrid	24	100%	452.451,69	18.852,15	-
Región de Murcia	2	100%	102.801,73	51.400,87	-
Comunitat Valenciana	-	50%	182.510,81	-	Valencia no ha proporcionado datos. Alicante y Castellón no han formado MIR
Ceuta y Melilla	-	-	-	-	-

ANEXO N.º 12

Otras actividades:
(9% presupuesto)

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de cumplimiento	Acceso a Historias Clínicas 4%	Pruebas médicas complementarias 3%	Implicación de las Unidades de Gestión 2%
Andalucía	Cumplimiento	25%	100%	100%
	Importe	586.672,86	1.760.018,59	1.173.345,73
Aragón	Cumplimiento	100%	91,66%	100%
	Importe	377.237,35	259.331,82	188.618,68
Principado de Asturias	Cumplimiento	25%	100%	100%
	Importe	77.869,34	233.608,01	155.738,67
Canarias	Cumplimiento	100%	91,66%	100%
	Importe	601.808,48	413.713,24	300.904,24
Cantabria	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	169.167,54	126.875,65	84.583,77
Castilla-La Mancha	Cumplimiento	100%	83,33%	100%
	Importe	595.546,76	372.216,58	297.773,38
Castilla y León	Cumplimiento	50%	83,33%	100%
	Importe	355.873,30	444.663,69	355.873,30
Extremadura	Cumplimiento	100%	93,33%	100%
	Importe	308.527,66	215.961,65	154.263,83
Galicia	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	789.024,93	591.768,70	394.512,47
Illes Balears	Cumplimiento	100%	96,66%	100%
	Importe	317.079,14	229.866,52	158.539,57
La Rioja	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	91.672,09	68.754,07	45.836,05
Madrid	Cumplimiento	25% (solo acceso papel)	100%	100%
	Importe	452.451,69	1.357.355,08	904.903,39
Región de Murcia	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	411.206,93	308.405,20	205.603,46
Comunitat Valenciana	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	1.460.086,49	1.095.064,87	730.043,24
Ceuta y Melilla	Cumplimiento	50%	100%	100%
	Importe	18.893,27	28.339,90	18.893,27

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Porcentaje de cumplimiento	Intercambio información y datos 8%	Implicación Unidades de Gestión 3%
Cataluña	Cumplimiento	100%	100%
	Importe	4.345.727,28	1.629.647,73

ANEXO N.º 13

**Indicador coste/afiliado/mes
(15% del presupuesto)**

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de cumplimiento	Coste afiliado/mes 15%
Andalucía	Cumplimiento	100%
	Importe	8.800.092,96
Aragón	Cumplimiento	100%
	Importe	1.414.640,08
Principado de Asturias	Cumplimiento	-
	Importe	-
Canarias	Cumplimiento	100%
	Importe	2.256.781,80
Cantabria	Cumplimiento	-
	Importe	-
Castilla-La Mancha	Cumplimiento	100%
	Importe	2.233.300,35
Castilla y León	Cumplimiento	100%
	Importe	2.669.049,75
Cataluña	Cumplimiento	100%
	Importe	8.148.238,66
Extremadura	Cumplimiento	66,66%
	Importe	771.242,01
Galicia	Cumplimiento	100%
	Importe	2.958.843,50
Illes Balears	Cumplimiento	100%
	Importe	1.189.046,76
La Rioja	Cumplimiento	100%
	Importe	343.770,34
Madrid	Cumplimiento	100%
	Importe	6.786.775,41
Región de Murcia	Cumplimiento	100%
	Importe	1.542.025,98
Comunitat Valenciana	Cumplimiento	100%
	Importe	5.475.324,33
Ceuta y Melilla	Cumplimiento	100%
	Importe	141.699,50

ANEXO N.º 14

Otros indicadores
(15% presupuesto)

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de cumplimiento	Ind Incidencia (nº nuevos procesos/1000 afiliados) 4%	Ind. Prevalencia (nº procesos en vigor/1000 afiliados) 1%	Días de IT /Afiliado 10%.
Andalucía	Cumplimiento	66,66%	100%	100%
	Importe	1.564.304,52	586.672,86	5.866.728,64
Aragón	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	94.309,34	943.093,39
Principado de Asturias	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	77.869,34	778.693,35
Canarias	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	150.452,12	1.504.521,20
Cantabria	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	42.291,88	422.918,85
Castilla-La Mancha	Cumplimiento	66,66%	100%	100%
	Importe	397.051,03	148.886,69	1.488.866,90
Castilla y León	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	711.746,60	177.936,65	1.779.366,50
Cataluña	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	543.215,91	5.432.159,11
Extremadura	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	308.527,66	77.131,91	771.319,14
Galicia	Cumplimiento	33,33%	100%	100%
	Importe	262.982,01	197.256,23	1.972.562,33
Illes Balears	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	79.269,78	792.697,84
La Rioja	Cumplimiento	100%	100%	100%
	Importe	91.672,09	22.918,02	229.180,23
Madrid	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	452.451,69	4.524.516,94
Región de Murcia	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	102.801,73	1.028.017,32
Comunitat Valenciana	Cumplimiento	66,66%	100%	100%
	Importe	973.390,02	365.021,62	3.650.216,22
Ceuta y Melilla	Cumplimiento	-	100%	100%
	Importe	-	9.446,63	94.466,33

ANEXO N.º 15

Cláusula séptima de los convenios de colaboración

COMUNIDADES AUTÓNOMA/CIUDADES AUTÓNOMAS	EJERCICIO 2011			
	Grado de cumplimiento Racionalización gasto en junio	Ejecución Racionalización del <u>Gasto Anual</u>	Grado de cumplimiento de programa de actividades junio	Ejecución Programa de actividades <u>anual</u>
Andalucía	100	95,57	100	89,03
Aragón	-	86,67	100	87,44
Principado de Asturias	-	36,67	100	88,06
Canarias	100	86,67	100	89,36
Cantabria	-	36,67	100	93,86
Castilla-La Mancha	100	95,57	100	91,10
Castilla y León	100	100,00	-	65,93
Cataluña	-	86,67	100	99,71
Extremadura	100	83,33	100	92,23
Galicia	100	91,13	100	93,74
Illes Balears	100	86,67	100	98,93
La Rioja	100	100,00	100	95,71
Madrid	100	86,67	-	69,37
Región de Murcia	100	86,67	100	91,79
Comunitat Valenciana	100	95,57	100	89,57
Ceuta y Melilla	100	86,67	-	63,49

ANEXO N.º 16

**RESPONSABLES DEL DEPARTAMENTO MINISTERIAL COMPETENTES EN LA GESTIÓN
DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL**

	CARGO	ALEGACIONES RECIBIDAS
MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL	MINISTRA DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL	NO FORMULA ALEGACIONES
	SECRETARIA DE ESTADO DE EMPLEO	FORMULA ALEGACIONES
	SECRETARIO DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
	DIRECTORA GENERAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL	NO FORMULA ALEGACIONES
	DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	FORMULA ALEGACIONES
	DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	FORMULA ALEGACIONES
	DIRECTOR DEL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA	FORMULA ALEGACIONES
	DIRECTOR GENERAL DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	FORMULA ALEGACIONES
	EX-MINISTRO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN.- Para conocimiento	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-SECRETARIA DE ESTADO DE EMPLEO	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-SECRETARIO DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-DIRECTOR GENERAL DEL SERVICIO PUBLICO DE EMPLEO ESTATAL	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
EX-DIRECTOR GENERAL DE LA TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	NO FORMULA ALEGACIONES	

**RESPONSABLES DE LAS CONSEJERÍAS DE SANIDAD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
E INGESA COMPETENTES EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL**

CARGO		ALEGACIONES RECIBIDAS
ANDALUCIA	CONSEJERA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCIA	NO FORMULA ALEGACIONES
ARAGÓN	CONSEJERO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA DEL GOBIERNO DE ARAGÓN	FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE ARAGÓN	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
CANARIAS	CONSEJERA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANARIAS	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANARIAS.	NO FORMULA ALEGACIONES
CANTABRIA	CONSEJERA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DEL GOBIERNO DE CANTABRIA	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX CONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANTABRIA	NO FORMULA ALEGACIONES
CASTILLA-LEÓN	CONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CASTILLA Y LEÓN	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CASTILLA Y LEÓN	NO FORMULA ALEGACIONES
CASTILLA - LA MANCHA	CONSEJERO DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DEL GOBIERNO DE CASTILLA-LA MANCHA	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DEL GOBIERNO DE CASTILLA-LA MANCHA.	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
CATALUÑA	CONSEJERO DEL DEPARTAMENT DE SALUT DEL GOBIERNO DE CATALUÑA	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
VALENCIA	CONSEJERO DE SANIDAD DE LA GENERALITAT VALENCIANA	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SANIDAD DE LA GENERALITAT VALENCIANA.	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SANIDAD DE LA GENERALITAT VALENCIANA	NO FORMULA ALEGACIONES

EXTREMADURA	CONSEJERO DE SALUD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA JUNTA DE EXTREMADURA	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SALUD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA JUNTA DE EXTREMADURA	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERA DE SALUD Y POLITICA SOCIAL DE LA JUNTA DE EXTREMADURA	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERA DE SANIDAD Y DEPENDENCIA DE LA JUNTA DE EXTREMADURA	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
GALICIA	CONSEJERA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA	FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA	NO FORMULA ALEGACIONES
ILLES BALEARS	CONSEJERO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LES ILLES BALEARS	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SALUD, FAMILIA Y BIENESTAR SOCIAL DEL GOBIERNO DE LES ILLES BALEARS	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERA DE SALUD, FAMILIA Y BIENESTAR SOCIAL DEL GOBIERNO DE LES ILLES BALEARS	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SALUD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE LES ILLES BALEARS	NO FORMULA ALEGACIONES
LA RIOJA	CONSEJERO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DEL GOBIERNO DE LA RIOJA	NO FORMULA ALEGACIONES
MADRID	CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID	FORMULA ALEGACIONES
NAVARRA	CONSEJERA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO DE NAVARRA	FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERA DE SALUD DEL GOBIERNO DE NAVARRA	FORMULA ALEGACIONES
PAIS VASCO	CONSEJERO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO	NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO VASCO	NO FORMULA ALEGACIONES
ASTURIAS	CONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
	EX-CONSEJERO DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES)
MURCIA	CONSEJERA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA	FORMULA ALEGACIONES)
INGESA	DIRECTOR GENERAL DEL INGESA	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES

**RESPONSABLES DE LAS MATEPSS COMPETENTES EN LA GESTIÓN
DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL**

CARGO	ALEGACIONES RECIBIDAS
PRESIDENTE DE MUTUAL MIDAT CYCLOPS	FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUALIA	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE ACTIVA MUTUA 2008	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
EX-PRESIDENTE DE ACTIVA MUTUA 2008	NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUA MONTAÑESA	FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUA UNIVERSAL MUGENAT	FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MAZ	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE UMIVALE	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
EX-PRESIDENTE DE UMIVALE	NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUA DE NAVARRA	FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUA INTERCOMARCAL	FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE FREMAP	NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE SOLIMAT	NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUA DE ANDALUCIA Y DE CEUTA	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE ASEPEYO	FORMULA ALEGACIONES
EX-PRESIDENTE DE ASEPEYO	NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUA BALEAR	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABAJO	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE UNIÓN DE MUTUAS	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE MAC, MUTUA DE ACCIDENTES DE CANARIAS	REMITE ESCRITO MANIFESTANDO QUE NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE IBERMUTUAMUR	NO FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE FRATERNIDAD-MUPRESPA	FORMULA ALEGACIONES
PRESIDENTE DE EGARSAT	NO FORMULA ALEGACIONES

ÍNDICE DE CUADROS

- Cuadro 1. Índice media mensual y número medio mensual de procesos de incapacidad temporal. Ejercicios 2011 y 2012 (*).
- Cuadro 2. Número medio mensual de procesos de incapacidad temporal. Ejercicios 2011 y 2012. (Acumulado del mes de diciembre).
- Cuadro 3. Número de contingencias aseguradas por trabajadores protegidos por procesos de incapacidad temporal. Ejercicios 2011 y 2012. (Acumulado del mes de diciembre).
- Cuadro 4. Duración media de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Ejercicios 2011 y 2012 (días).
- Cuadro 5. Obligaciones reconocidas netas en incapacidad temporal por las entidades del sistema de la Seguridad Social. Ejercicios 2011 y 2012.
- Cuadro 6. Obligaciones reconocidas en incapacidad temporal por régimen de la Seguridad Social. Ejercicios 2011 y 2012.
- Cuadro 7. Obligaciones reconocidas por el INSS, ISM y MATEPSS en incapacidad temporal. Ejercicios 2011 y 2012.
- Cuadro 8. Partes de baja, alta y confirmación transmitidos por los Servicios Públicos de Salud y el INGESA desde 1 de octubre de 2010 hasta 30 de abril de 2013.
- Cuadro 9. Procesos de incapacidad temporal clasificados por situación del parte desde 1 de octubre de 2010 hasta 30 de abril de 2013.
- Cuadro 10. Revisiones de facultativos del INSS sobre procesos de incapacidad temporal de menos de 365 días. Ejercicio 2011.
- Cuadro 11. Procesos de pago delegado no controlados por el INSS. Octubre de 2010 a diciembre de 2012.
- Cuadro 12. Resultados del tratamiento de los procesos de pago delegado efectuado por el INSS.
- Cuadro 13. Clasificación de procesos de pago delegado con cálculo de valor teórico efectuado por el INSS.
- Cuadro 14. Procesos de pago delegado con diferencias detectadas a favor del INSS. Octubre de 2010 a diciembre de 2012.
- Cuadro 15. Importes de las deducciones indebidas de pago delegado notificadas a las empresas por las Direcciones Provinciales del INSS. Ejercicios 2011 y 2012.
- Cuadro 16. Pago directo por incapacidad temporal. Ejercicios 2011 y 2012.
- Cuadro 17. Número de procesos de pago directo de incapacidad temporal en el INSS. Ejercicio 2011.
- Cuadro 18. Número de procesos de pago directo de incapacidad temporal del INSS correspondientes a trabajadores del Régimen General. Ejercicio 2011.
- Cuadro 19. Revisiones de facultativos del INSS sobre procesos de MÁS de 365 días. Ejercicio 2011.
- Cuadro 20. Expedientes pago directo incluidos en la aplicación «PRESMAR» del ISM.
- Cuadro 21. Ejecución presupuestaria de la incapacidad temporal en el ISM. Pago directo. Ejercicios 2010 y 2011.
- Cuadro 22. Obligaciones reconocidas por incapacidad temporal por las MATEPSS. Ejercicios 2010, 2011 y 2012.
- Cuadro 23. Obligaciones reconocidas en incapacidad temporal por el conjunto de las MATEPSS. Ejercicios 2010, 2011 y 2012.
- Cuadro 24. Situación de los partes remitidos por el INSS a las MATEPSS desde 1 de octubre de 2010 hasta 30 de abril de 2013.
- Cuadro 25. Obligaciones reconocidas por el INSS y las MATEPSS en incapacidad temporal. Ejercicios 2011 y 2012.
- Cuadro 26. Importes abonados por las MATEPSS en pago directo por incumplimiento empresarial. Ejercicio 2011.

- Cuadro 27. Obligaciones reconocidas por el INSS por la compensación a empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal. Ejercicios 2010, 2011 y 2012.
 - Cuadro 28. Número de empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la incapacidad temporal a 18 de enero de 2013.
 - Cuadro 29. Obligaciones reconocidas por el INSS en ejecución de los convenios de colaboración.
 - Cuadro 30. Objetivos de los convenios de colaboración para el control de la incapacidad temporal.
 - Cuadro 31. Reparto de crédito por CC.AA.
 - Cuadro 32. Obligaciones reconocidas por el INSS por los convenios específicos con las Comunidades Foral de Navarra y del País Vasco. Ejercicios 2010 y 2011.
 - Cuadro 33. Indicadores de racionalización del gasto.
-

ÍNDICE DE GRÁFICOS E IMÁGENES

- Gráfico 1. Esquema general de gestión y pago de la prestación económica de incapacidad temporal.
- Gráfico 2. Agentes que intervienen en la gestión de la incapacidad temporal.
- Gráfico 3. Plazos, entidades y formas de pago de las contingencias comunes.
- Gráfico 4. Esquema general de transmisión de los partes médicos de baja.
- Gráfico 5. Evolución del número de deducciones practicadas por las empresas en concepto de pago delegado.
- Gráfico 6. Esquema de procedimiento de control de deducciones desarrolladas por el INSS.
- Gráfico 7. Evolución mensual de procesos de incapacidad temporal de pago delegado a cargo del INSS remitidos a la TGSS. Ejercicios 2011 y 2012.
- Gráfico 8. Procedimiento de disconformidades y discrepancias.

- Imagen 1. Copia del listado de diferencias a reclamar en la Dirección Provincial del INSS en Madrid.
- Imagen 2. Pantalla de «inca pago delegado».
- Imagen 3. Anexo del escrito de comunicación de diferencias enviado a la empresa desde la Dirección Provincial del INSS en Madrid.