

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

3221 *Resolución de 22 de febrero de 2021, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio con la Comunidad Autónoma de La Rioja, para el control de la incapacidad temporal durante el período 2021-2022.*

Con fecha 18 de febrero de 2021 se ha suscrito el Convenio entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (INSS) y la Comunidad Autónoma de La Rioja, para el control de la Incapacidad Temporal durante el período 2021-2022 y, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, procede la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» del citado Convenio, que figura como Anexo de esta Resolución.

Madrid, 22 de febrero de 2021.—La Secretaria General Técnica, Iria Álvarez Besteiro.

ANEXO

Convenio entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (INSS) y la Comunidad Autónoma de La Rioja para el control de la incapacidad temporal durante el periodo 2021 a 2022

Madrid, a 18 de febrero de 2021.

REUNIDOS

De una parte, el Secretario de Estado de la Seguridad Social y Pensiones, don Israel Arroyo Martínez, nombrado mediante Real Decreto 70/2020, de 14 de enero, y la Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, D.^a María Carmen Armesto González-Rosón, nombrada mediante Real Decreto 131/2020, de 21 de enero.

Y, de otra parte, la Consejera de Salud y Portavocía del Gobierno de la Comunidad Autónoma de La Rioja, doña Sara Alba Corral, nombrada para este cargo por Decreto de la Presidenta 9/2020, de 24 de agosto (BOR n.º 110, de 25 de agosto). Por razón del cargo que ostenta, está facultada para la firma de este Convenio por delegación del Consejo de Gobierno mediante Acuerdo de fecha 5 de noviembre de 2019 (BOR n.º 133, de 6 de noviembre de 2019). Tal delegación se ha producido según lo contemplado en los artículos 23.g) y 25 de la Ley 8/2003, de 28 de octubre, del Gobierno e incompatibilidades de sus miembros (BOR de 13 de noviembre).

Ambas partes se reconocen mutua capacidad para obligarse y convenir, y

MANIFIESTAN

Primero.

Que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Entidad Gestora de la Seguridad Social, encuadrada en el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones tiene competencias para gestionar y controlar la prestación de Incapacidad Temporal (IT) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, que regula la estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y modificación parcial de las correspondientes a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Que el Secretario de Estado de la Seguridad Social y Pensiones actúa en virtud de lo establecido en el artículo 62.2, apartado g), de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

Que la Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social es competente en virtud de las atribuciones previstas en el artículo 48.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público, en función de su cargo y en el ejercicio de las facultades que le confiere el artículo 1 del Real Decreto 2583/1996 de 13 de diciembre.

Segundo.

Que la Comunidad Autónoma de La Rioja, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, es competente para prestar la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y, a través de los facultativos de su Servicio Público de Salud (SPS), extender los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que establecen el inicio y la duración, con carácter general, de los procesos de IT en su territorio y, mediante la Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja participar en la responsabilidad de gestionar y controlar la prestación junto con las Entidades gestoras y colaboradoras de la Seguridad Social de conformidad con el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de IT en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

Tercero.

Que a ambas Administraciones les interesa, en consecuencia, el estudio del comportamiento de la citada prestación y el establecimiento de los controles oportunos sobre la misma. A tal efecto, en el apartado f) del punto 4 del artículo 82 del TRLGSS (aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre), y el punto uno del artículo 10 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, se contempla la posibilidad de establecer acuerdos de colaboración, con el fin de mejorar la eficacia en la gestión y control de la IT, con los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas.

Cuarto.

Que en el Presupuesto del INSS, para el año 2021, concepto presupuestario 459, se incluye un crédito de hasta un máximo de 315.023.458,60 €, que se destina a dar cobertura económica a los Convenios para todas las CCAA e INGESA (excluidas la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma del País Vasco). Para el ejercicio 2022, ese crédito se encuentra fijado en ese mismo importe, condicionada su aprobación por la Ley de Presupuestos Generales del Estado para ese año.

Cada Comunidad Autónoma participará en dicho crédito según su número de asegurados con derecho a la prestación de Incapacidad Temporal en el Sistema de la Seguridad Social. La liquidación del crédito, se efectuará en función del grado de cumplimiento de la realización de determinadas actuaciones de gestión y control de la IT, fijadas en cada ejercicio económico.

Quinto.

Que es voluntad de las partes, recogiendo experiencias derivadas de la ejecución de anteriores Convenios, establecer en el Anexo que acompaña al Convenio, el Plan de Actuaciones para la modernización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal y la racionalización del gasto de la prestación, durante toda la vigencia del Convenio.

El mencionado Plan de Actuaciones, que figura en el Anexo del presente Convenio, es fijo e invariable durante toda la vigencia del mismo.

Que con la finalidad de fijar los compromisos entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (INSS) y la Comunidad Autónoma de La Rioja en lo que

se refiere a la asignación del crédito y la liquidación del mismo, así como las obligaciones de la Comunidad Autónoma recogidas en el Plan de Actuaciones, ambas partes acuerdan suscribir el presente Convenio, que se regirá con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. *Objeto y ámbito.*

El presente Convenio tiene como finalidad establecer el marco de colaboración para alcanzar los objetivos fijados en el Plan de Actuaciones para la modernización y mejora de la gestión, el control de la IT y la racionalización del gasto de la prestación durante la vigencia de este Convenio con la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Segunda. *Distribución del crédito asignado.*

La participación en el crédito de esta Comunidad Autónoma, ascenderá para cada ejercicio, a la cuantía que resulte de distribuir el crédito global aprobado en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para cada año, entre las distintas CCAA e INGESA en proporción al número de asegurados con derecho a la prestación de Incapacidad Temporal en el Sistema de la Seguridad Social, correspondiente al ejercicio anterior.

Para el año 2021, a la Comunidad Autónoma de La Rioja le corresponde la cantidad, resultante de distribuir el crédito de 315.023.458,60 €, conforme se especifica en el párrafo anterior.

Para el ejercicio 2022 existe crédito retenido mediante los correspondientes documentos contables, por el mismo importe que el relativo a la anualidad del año 2021.

El importe de los gastos derivados del presente Convenio se imputa a la aplicación presupuestaria 1102 4592 del presupuesto de gastos del INSS (1001 6000).

No obstante, la gestión, justificación y el resto de actuaciones relacionadas con los gastos derivados del presente Convenio, se ajustan a lo establecido en la legislación presupuestaria.

Tercera. *Obligaciones a realizar por la Comunidad Autónoma de La Rioja.*

La Comunidad Autónoma de La Rioja se obliga a la realización, hasta el 31 de diciembre de 2022, del Plan de Actuaciones que se acompaña como Anexo al Convenio. Este Plan establece la siguiente distribución del crédito:

- a) Un 60% del crédito se destina al grado de cumplimiento del Programa de actividades.
- b) Un 40% del crédito se destina al grado de cumplimiento de los Objetivos de racionalización del gasto, medido para esta Comunidad Autónoma según se detalla en el Plan de Actuaciones.

Si bien la vigencia del Convenio, a efectos de liquidación y pago será hasta el 30 de abril de 2023, el plazo para la realización de las obligaciones contenidas en el Plan de Actuaciones finalizará el 31 de diciembre de 2022.

El Plan de Actuaciones, con el detalle de las actividades y objetivos a realizar, y la medición de los mismos, se mantendrá invariable durante toda la vigencia del Convenio.

Sin que en ningún caso suponga una alteración de los objetivos y actividades que forman parte del Anexo, ni del porcentaje sobre el crédito asignado a cada uno de ellos, se podrán acordar por las partes, a propuesta del INSS, al comienzo de cada año, en el seno de la comisión de seguimiento, los criterios de ponderación a aplicar dentro de cada actividad u objetivo, sin modificar las actuaciones y epígrafes contenidos en cada uno de ellos.

Durante la vigencia del Convenio podrá alterarse el Plan de Actuaciones, siempre que sea necesario adaptarlo a las modificaciones normativas que surjan, así como a posibles cambios en el comportamiento de la prestación en todo el territorio nacional.

En el supuesto de que fuera aconsejable la alteración del Plan de Actuaciones, tal y como figura en el párrafo anterior, su modificación se llevará a cabo mediante una adenda modificativa acordada entre las partes y tramitada conforme a los requisitos previstos en la Ley.

Cuarta. Entregas a cuenta y liquidaciones sobre el crédito asignado.

La entrega anual del crédito asignado en la Cláusula Segunda se efectuará de la siguiente forma:

Durante el primer cuatrimestre de 2021, el INSS realizará un anticipo a cuenta, en un pago único, del importe total del crédito asignado a la Comunidad Autónoma en ese ejercicio. No obstante, previamente la Comunidad Autónoma debe acreditar el ingreso de las cantidades que pudieran resultar de la liquidación de los créditos correspondientes al Convenio anterior, en función de la consecución de los objetivos en su día marcados, en la cuenta bancaria designada por el INSS.

Durante el primer cuatrimestre del ejercicio 2022, el INSS realizará igualmente un anticipo a cuenta, en un pago único, del importe total del crédito asignado a la Comunidad Autónoma en ese ejercicio.

No obstante, antes del 30 de abril de 2022 y, con carácter previo al pago se procederá a la liquidación del crédito asignado en el ejercicio anterior, en proporción al grado de cumplimiento del Programa de actividades y Objetivos de racionalización del gasto.

En caso de acordarse la prórroga, las operaciones de liquidación del Convenio se realizarán durante el último cuatrimestre de vigencia, procediendo a realizarse durante el primer cuatrimestre de 2023, las operaciones de liquidación del ejercicio precedente.

La entrega del crédito a anticipar en cada ejercicio de vigencia del Convenio, queda condicionada a la conformidad de la liquidación del crédito del año anterior por parte de la Comunidad Autónoma.

El procedimiento para el cálculo de la mencionada liquidación del crédito asignado será el siguiente:

El porcentaje de incumplimiento de los objetivos del Programa de actividades y de los Objetivos de racionalización del gasto registrado por la Comunidad Autónoma en el año anterior, se aplicará sobre el crédito anual asignado a la Comunidad en el año inmediatamente anterior. De esta forma se obtiene el importe adeudado por la Comunidad Autónoma al INSS derivado del incumplimiento de los objetivos.

En el año 2022, de la entrega anual del crédito asignado en la Cláusula Segunda se podrá descontar el importe adeudado por la Comunidad Autónoma al INSS derivado del incumplimiento de los objetivos en el ejercicio 2021. El resultado, una vez realizadas las deducciones será el importe a entregar a la Comunidad Autónoma por parte del INSS.

A la finalización de la vigencia del Convenio, el 30 de abril de 2023, se calculará el importe adeudado por la Comunidad Autónoma al INSS por incumplimiento de los objetivos en 2022. Este importe lo liquidará la Comunidad Autónoma al INSS mediante ingreso en la cuenta corriente que al efecto se determine en el primer cuatrimestre del año 2023. En el año 2023 únicamente se realizará la liquidación de los gastos del Convenio, conforme a lo dispuesto en la presente cláusula y en el artículo 52 de la Ley 40/2015, de 1 octubre, de Régimen Jurídico de Sector Público, sin incluirse ningún otro pago adicional.

El Programa de actividades y el Programa de objetivos de racionalización del gasto serán valorados de forma independiente, conforme a los criterios homogéneos que elabore y remita el INSS a todas las Comunidades Autónomas.

Del mismo modo, los distintos objetivos establecidos en cada uno de los dos programas se valorarán de forma independiente, y no será posible la compensación entre ellos.

La valoración obtenida en cada programa será el resultado de la suma de la puntuación alcanzada en cada uno de los objetivos incluidos en dicho programa.

Quinta. *Destino del crédito.*

La Comunidad Autónoma de La Rioja deberá destinar los créditos percibidos en aplicación de este Convenio a la mejora de los procesos de control y gestión de la Incapacidad Temporal, a la modernización de sus equipos informáticos, materiales y humanos y a la incentivación de éstos.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 48.6 de la LRJSP, las aportaciones financieras que se comprometan a realizar los firmantes no podrán ser superiores a los gastos derivados de la ejecución del Convenio.

La Comunidad Autónoma deberá elaborar una Memoria Técnica y Financiera en la que se especifique el destino dado a los créditos recibidos y los resultados obtenidos con el empleo de los mismos, reconociendo en la Memoria Financiera la naturaleza finalista de este Convenio.

En relación a la elaboración de la Memoria Técnica, la Comunidad Autónoma deberá proporcionar informes detallados sobre las actuaciones más relevantes realizadas en orden al cumplimiento del Programa de actividades.

Se consignarán en dicha memoria las actividades realizadas para el cumplimiento de cada objetivo incluido en el programa, así como el personal destinado a las mismas, describiéndose el contenido de las certificaciones si las hubiera. Así mismo, se incluirá un resumen de las reuniones de las Comisiones provinciales celebradas, señalando los aspectos más relevantes tratados, las sugerencias y aportaciones habidas, y el número de reuniones realizadas. Por último, se incluirá un informe valorativo de los resultados positivos obtenidos con las actividades realizadas.

En cuanto a la Memoria Financiera, la Comunidad Autónoma deberá consignar en ella el desglose de los costes de las distintas actuaciones realizadas en el ejercicio al que correspondan, de modo que pueda visualizarse una correlación entre los importes invertidos y los objetivos a alcanzar previstos en el Convenio.

Deberán detallarse las actuaciones realizadas y el coste de las mismas, en el caso de coste directo de adquisición de bienes o servicios, su concepto e importe; o su porcentaje de financiación si no se imputa íntegramente al Convenio, así como su criterio de distribución. También se señalará el coste de las retribuciones destinadas al personal que desarrolle las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos. Al final se presentará un cuadro resumen de gasto por cada actuación finalizada.

Sexta. *Coordinación, seguimiento, verificación y control.*

El seguimiento del Convenio se realizará a través de una Comisión Central y una Comisión en cada provincia.

Estas comisiones de seguimiento no implicarán gastos adicionales sobre el crédito que corresponderá a esta Comunidad Autónoma en proporción al número de asegurados con derecho a la Prestación de Incapacidad Temporal en el Sistema de la Seguridad Social en cada ejercicio, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda.

- Comisión Central: Composición y funcionamiento.

La Comisión Central estará integrada por los siguientes miembros:

– Cuatro representantes del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Con presencia del área de gestión, del área de Inspección Médica, y del área económica.

– Cuatro representantes del Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma. Con presencia de los Servicios de Inspección Médica, de los Servicios Asistenciales Sanitarios y de responsables del área económica.

– Dos representantes de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS), debido a la competencia que asumen en la gestión de los procesos de incapacidad temporal. Uno de los dos representantes será rotatorio entre las dos o tres MCSS de mayor implantación en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Presidirá las reuniones el Subdirector General de Incapacidad Temporal y otras prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva y otras prestaciones a corto plazo, y hará funciones de secretario el/la Jefe/a de Área de Subsidios, ambos del INSS.

La Comisión se reunirá con la frecuencia que sea precisa y, al menos, una vez al semestre.

Para la válida constitución de la Comisión Central, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público, a efectos de la celebración de las sesiones, en primera convocatoria, se requerirá como mínimo la asistencia del Presidente, el Secretario o en su caso, de quienes le suplan, y de la totalidad de los miembros que representen al Instituto Nacional de la Seguridad Social y al Servicio Público de Salud, así como los representantes de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

En segunda convocatoria el número de miembros necesarios para estar válidamente constituida la Comisión Central será de dos representantes del Instituto Nacional de la Seguridad Social, además del Presidente y Secretario o persona que les sustituya, dos representantes del Servicio Público de Salud, uno correspondiente al Área de Inspección y el otro al Área Sanitaria, y además uno de los representantes por parte de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, de conformidad con el apartado segundo del citado artículo.

Esta Comisión asume las siguientes funciones:

– Efectuar el seguimiento de lo establecido en este Convenio, velando por el cumplimiento de su contenido en los términos fijados y, en su caso, ejercer las funciones de coordinación que resulten procedentes. Así como resolver los problemas de interpretación y cumplimiento que puedan plantearse respecto al Convenio.

– Conocer el Plan de Actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la IT, que figura en el Anexo del Convenio, proponer las orientaciones precisas y aquellas actividades que la experiencia aconseje en orden a la consecución de sus fines.

– Examinar los resultados del seguimiento de la aplicación de la normativa vigente en materia de IT, singularmente en lo referido a la adecuada cumplimentación de los partes e informes médicos de IT.

– Analizar el resultado de las reuniones celebradas por las Comisiones Provinciales, asesorando y orientando a las mismas en relación a la interpretación del Convenio.

– Efectuar el seguimiento de cada indicador del Programa de actividades de modernización y mejora de la gestión y control de la IT y de los Objetivos de racionalización del gasto, dándose cuenta por el INSS de la liquidación del ejercicio anterior en la primera reunión de cada año.

– Conocer la Memoria Técnica y Financiera en la que la Comunidad Autónoma especifique el destino de los créditos recibidos y los resultados alcanzados.

– Estudiar cualesquiera otros asuntos propuestos por las partes que sean de interés para la gestión y el control de la prestación de IT.

- Comisión Provincial: Composición y funcionamiento.

A nivel provincial se crearán comisiones que llevarán a cabo el seguimiento de la ejecución del Convenio y cuya composición y régimen de funcionamiento será el siguiente:

- Tres representantes de la Dirección Provincial del INSS. Con presencia de las áreas de gestión y de la Inspección Médica.

- Tres representantes de la Comunidad Autónoma designados por la Consejería de Salud. Con presencia de los Servicios de Inspección Médica y de los Servicios Asistenciales Sanitarios.

- Un representante de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS), debido a la competencia que asumen en la gestión de los procesos de incapacidad temporal.

Actuará como presidente el Director del INSS en esa provincia y hará las veces de secretario un funcionario designado por el presidente.

- Se reunirán con la frecuencia que sea precisa y, al menos, una por mes.

- La Comisión Provincial tendrá encomendadas las funciones derivadas de la ejecución del Programa de actividades en esa provincia. Periódicamente enviará a los servicios centrales del INSS los datos correspondientes a los resultados de dicho seguimiento.

Para la válida constitución de la Comisión Provincial se requerirá la asistencia a las reuniones, además del Presidente y Secretario o en su caso de quienes les suplan, de dos representantes por el Servicio Público de Salud, uno de cada área, y el representante de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Tanto en la Comisión Central como en la Provincial, los miembros que formen parte de las mismas, en caso de ausencia justificada del titular, serán sustituidos por suplentes designados al efecto. Los citados miembros podrán estar acompañados por el personal técnico que estimen necesario.

Séptima. *Seguimiento y control de datos.*

El INSS y la Comunidad Autónoma de La Rioja se relacionarán entre sí a través de medios electrónicos que aseguren la interoperabilidad y seguridad de los sistemas y soluciones adoptadas por cada uno de ellos, garantizando la protección de los datos de carácter personal; todo ello conforme a lo dispuesto en el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica regulada en el Real Decreto 3/2010 de 8 de enero.

En este sentido, cabe aludir al artículo 155.1 de la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público que establece que: «De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE y en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales y su normativa de desarrollo, cada Administración deberá facilitar el acceso de las restantes Administraciones Públicas a los datos relativos a los interesados que obren en su poder, especificando las condiciones, protocolos y criterios funcionales o técnicos necesarios para acceder a dichos datos con las máximas garantías de seguridad, integridad y disponibilidad».

El tratamiento de los datos de los trabajadores afectados, así como el acceso a los mismos, quedará sujeto a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, en sus

disposiciones de desarrollo y de conformidad con lo establecido en el punto 3 del artículo 8 del RD 625/2014, de 18 de julio.

Para la correcta autorización y control de usuarios del sistema informático facilitado por el INSS y del sistema informático facilitado por la Comunidad Autónoma de La Rioja, tanto la Entidad Gestora como la Comunidad Autónoma:

- Indicarán a las MCSS y al SPS el procedimiento adecuado para la gestión de usuarios, no permitiéndose ninguna autorización que incumpla los requisitos establecidos.
- Podrán realizar los cambios que consideren oportunos en los roles (operaciones que puede realizar un determinado usuario con un determinado recurso) e informaran de ello al organismo usuario.
- Se reservan el derecho a realizar las auditorías que consideren oportunas sobre los recursos autorizados a los usuarios, con el objetivo de garantizar que el uso de los mismos responde a las necesidades legítimas.

El INSS y la Comunidad Autónoma de La Rioja aceptan comprometerse a:

- Identificar y comunicarse mutuamente los responsables que están capacitados en cada una de las Entidades para solicitar, en su nombre, autorizaciones de acceso para el personal que esté bajo su dependencia.
- Realizar las actividades de control que garanticen la debida custodia y adecuada utilización de los datos recibidos y cualquier otra actividad encaminada a garantizar la correcta forma y justificación del acceso a los ficheros o bases en que aquéllos figuren incluidos.
- Colaborar en todas las actuaciones de control y supervisión que puedan acordarse entre ambas Administraciones, al objeto de verificar la adecuada obtención y utilización de los servicios y/o la información cedida. En ningún caso podrá procederse a un tratamiento ulterior de los datos para fines incompatibles con el fin para el cual se recogieron inicialmente los datos personales de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 155.2 de la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público.

Octava. Duración, modificación y extinción del Convenio.

El presente Convenio se perfecciona desde el momento de su firma por todas las partes, teniendo una vigencia o duración hasta el 30 de abril de 2023, debido al régimen de liquidación previsto en la Cláusula cuarta. El Convenio será eficaz una vez inscrito en el Registro Electrónico Estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación del Sector Público Estatal y publicado en el Boletín Oficial del Estado, surtiendo efectos desde el 1 de enero de 2021.

De conformidad con el artículo 49. h) 2.º de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, los firmantes del Convenio podrán acordar unánimemente su prórroga por un periodo de hasta dos años adicionales, dando continuidad a la ejecución de las actividades para el control de la Incapacidad Temporal, durante el periodo del año natural correspondiente a la prórroga, es decir, de 1 de enero de 2023 a 31 de diciembre de 2023, o en su caso, de 1 de enero de 2023 a 31 de diciembre de 2024. Durante el primer cuatrimestre del ejercicio 2024, o en su caso de 2025, se realizarán las operaciones de liquidación del ejercicio o del Convenio a que se refiere la Cláusula cuarta.

Por su parte, la eficacia de este Convenio quedará supeditada a lo dispuesto en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

La modificación del contenido del Convenio requerirá el acuerdo unánime de los firmantes, según se establece en el artículo 49. g) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

El presente Convenio se extinguirá por el cumplimiento de las actuaciones que constituyen su objeto, o por incurrir en alguna de las causas de resolución que dispone el artículo 51 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Novena. *Consecuencias del incumplimiento.*

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 49. e) de la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público, sobre consecuencias aplicables en caso de incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por cada una de las partes, y en su caso, los criterios para determinar la posible indemnización por el incumplimiento, cabe señalar que no se prevén indemnizaciones en caso de incumplimientos.

Décima. *Naturaleza administrativa y jurisdicción competente.*

Este Convenio es de naturaleza interadministrativa, de acuerdo con lo establecido en el artículo 47.2 a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula Sexta de este Convenio, las controversias no resueltas por la Comisión de Coordinación, Seguimiento, Verificación y Control, que se pudieran suscitar durante la vigencia del mismo serán sometidas a la jurisdicción contenciosa-administrativa, de conformidad con la Ley 29/1998 de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

Y en prueba de conformidad, firman el presente Convenio.—Por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, el Secretario de Estado de la Seguridad Social y Pensiones, Israel Arroyo Martínez.—La Directora General del INSS, María Carmen Armesto González-Rosón.—Por la Comunidad Autónoma de La Rioja, la Consejera de Salud, Sara Alba Corral

ANEXO

Plan de Actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la Incapacidad Temporal y para la racionalización del gasto de dicha prestación en la Comunidad Autónoma de La Rioja

Este plan se compone de los apartados siguientes con la ponderación que se señala:

- Programa de actividades de modernización y mejora de la gestión y control de la IT: 60%
- Objetivos de racionalización del gasto: 40%

La valoración ponderada que cada uno de estos apartados tiene fijada, deberá llevarse a efecto de forma independiente.

A fin de calcular las liquidaciones de crédito que han de realizarse a favor de cada una de las Comunidades, la valoración se realizará, por cada una de las actividades y objetivos recogidos en el plan, atendiendo al resultado que alcance cada una de las provincias que componen la Comunidad.

Esos resultados provincializados servirán para determinar el porcentaje de cumplimiento alcanzado en cada actividad y objetivo, salvo en los apartados del Plan de Actuaciones en que se totalicen los resultados para establecer el porcentaje total alcanzado por la Comunidad Autónoma en cada actividad y objetivo.

1. Programa de actividades de modernización y mejora de la gestión y control de la IT.

El Programa de actividades para la modernización y mejora de la gestión y control de la Incapacidad Temporal con una ponderación del 60% del crédito, se concreta en las siguientes áreas de actuación:

A. Transmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT, con calidad en los datos y en plazo: 12 %

Creada en la Comunidad Autónoma una base de datos de procesos de IT, se habrá de conseguir que se incluyan en ella todos los partes médicos de baja, confirmación y alta emitidos por los facultativos de su ámbito territorial. Los partes médicos de baja y de confirmación se extenderán en función del periodo de duración que estime clínicamente el médico que los emite, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio (BOE del día 21), y con arreglo a los cuatro grupos de procesos que establece dicho Real Decreto.

Así mismo, en dicha base de datos deberán incluirse también los partes médicos de alta y de baja emitidos por los Inspectores Médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, y remitidos por este Instituto a la Comunidad Autónoma.

Los partes médicos de baja, confirmación y alta se transmitirán por vía telemática al INSS, con independencia de cuál sea la Entidad competente en la gestión de la prestación económica, conforme a las especificaciones técnicas, diseño de registro y periodicidad que determine la Entidad Gestora, siempre con programas compatibles.

Así mismo, los citados partes habrán de transmitirse, por vía telemática, al INSS, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición, de conformidad con lo establecido en el apartado 1 del artículo 7 del RD 625/2014.

Los datos a transmitir, con carácter obligatorio, en los partes de baja, confirmación y alta, serán los que figuran en el modelo aprobado en la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, así como los que se estimen oportunos para la adecuada gestión de la prestación de incapacidad temporal, conforme se fija en los protocolos de transmisión por vía telemática; y, en todo caso, deberá constar el Código Nacional de Ocupación, así como el código de diagnóstico, según la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en la edición que establezca el INSS. En el supuesto de que la Comunidad Autónoma utilice otro sistema de codificación, deberá realizar la conversión a la clasificación señalada.

Dentro de este apartado, se valorará la calidad en la cumplimentación de los datos de los partes médicos, especialmente en lo relativo a los códigos de diagnóstico, profesión, a las recaídas en los procesos, así como la prontitud en la transmisión informática al INSS, por el SPS, de la modificación del parte de baja cuando es recaída de un proceso anterior.

B. Aplicación de tablas de duración óptima: 3 %

El SPS dotará a sus médicos de Atención Primaria de tablas de duración óptima elaboradas y facilitadas por el INSS, en las que se reflejen los tiempos de duración de cada uno de los procesos de mayor frecuencia, teniendo en cuenta la patología y la edad del trabajador; debiendo incorporar esas a los procedimientos informatizados de atención primaria. Estas tablas, que servirán como instrumento y como respaldo técnico a los médicos de Atención Primaria, podrán variarse a lo largo del tiempo. La edición de las nuevas tablas se efectuará por el INSS.

En este apartado se valorará expresamente no sólo la incorporación de las tablas de duración óptima facilitadas por el INSS a los sistemas informáticos de la Comunidad Autónoma, también y al mismo tiempo la implantación de avisos y alarmas de ayuda al facultativo de Atención Primaria que debe expedir los partes de confirmación cuando se haya sobrepasado la duración óptima del proceso; incluyendo, así mismo, de forma automática la necesidad de justificación expresa por dicho facultativo de las causas que hayan llevado al mantenimiento del proceso.

El SPS de la Comunidad debe establecer y remitir al INSS un plan de acción en el que se fijen las actuaciones a seguir en aquellos procesos de IT que han superado la duración óptima prefijada.

C. Análisis Predictivo: 4 %

El INSS hará participe al SPS de la Comunidad Autónoma de La Rioja de los resultados de la herramienta predictiva que se disponga y que se venga empleando en este Instituto para que, por medio de este instrumento de analítica predictiva, que combina una gran cantidad de variables que inciden en los procesos de IT (duración, sexo, edad, patología, ocupación etc.), pueda la Inspección Médica del SPS seleccionar aquellos procesos que requieran una valoración clínica por parte de dicha Inspección Médica, para mantener o no la situación de incapacidad temporal. A la vez podrán descartarse aquellos procesos en los que la herramienta, analizando las citadas variables, predice que aún no es necesario su control.

Para ello, el INSS enviará periódicamente al SPS los procesos de IT seleccionados mediante la herramienta predictiva susceptibles de ser valorados y citados a reconocimiento, en función de índices provincializados del INSS, de manera que la Inspección Médica del SPS y/o los facultativos del SPS realicen actuaciones concretas en las valoraciones / reconocimientos de esos trabajadores en IT.

Por su parte, el SPS realizará los desarrollos informáticos necesarios para recibir esa información del INSS, y facilitará información sobre las actuaciones / reconocimientos realizados, así como el resultado efectivo de los mismos.

Los criterios de ponderación a aplicar en este objetivo serán los siguientes:

- 1.º) Porcentaje de respuesta del SPS al número de procesos enviados.
- 2.º) Tiempo de respuesta a los procesos enviados.
- 3.º) Desviación, respecto a la media de las provincias con procedimiento EVI, del resultado de los controles efectuados (altas o mantenimiento de IT).

D. Aviso en el Parte de Confirmación y Creación de Unidades Especializadas en el Control de Determinados Procesos de IT. 12 %

D.1 Aviso en el parte de confirmación.

Con el fin de facilitar la detección de procesos de incapacidad temporal que se prolonguen en el tiempo más allá del que precise el cuadro clínico en sí, se valorará que en todos los partes de confirmación de incapacidad temporal legalmente exigibles, el médico del Servicio Público de Salud, responsable de esa baja, consigne de manera obligatoria si, a su juicio, el proceso de IT de que se trate:

- Transcurre de forma adecuada por las características clínicas del mismo.
- No transcurre de forma adecuada por una de las siguientes causas:

a) Asistencial: el proceso de IT se alarga indebidamente por estar pendiente de realizar una consulta con el especialista, una prueba diagnóstica, un determinado tratamiento médico, una determinada intervención quirúrgica o un determinado tratamiento rehabilitador.

b) No asistencial: serían aquellos supuestos que para el facultativo del SPS le supongan una alteración importante en la imprescindible relación médico paciente.

En los protocolos de transmisión de datos se implantarán estos campos, de forma que la Inspección Médica del SPS y/o la Inspección Médica del INSS tengan conocimiento inmediato de estas situaciones, debiendo actuar en consecuencia.

En los casos asistenciales la Inspección del SPS debe derivar estas situaciones de manera inmediata y preferente a las unidades médicas especializadas, consultores, etc., financiados con cargo a este Convenio de IT.

En los casos no asistenciales, tanto la Inspección del SPS como la del INSS, con la debida coordinación, procederán a realizar las actuaciones de control médico de estos asegurados para comprobar la situación clínica y actuar en consecuencia.

La valoración de este objetivo se realizará teniendo en consideración el total de procesos de IT por contingencias comunes del año anterior en cada Comunidad Autónoma.

Debido a las circunstancias excepcionales ocasionadas por la crisis del COVID-19, el ejercicio 2020 no puede servir de referente a efectos comparativos, por lo que para la valoración del año 2021, los procesos de IT a tener en consideración serán los del ejercicio 2019.

Las Inspecciones Médicas de los Servicios Públicos de Salud deberán realizar las actuaciones referidas en función del número de procesos de IT en los que se cumplimente el campo de aviso por los facultativos de Atención Primaria.

D.2 Creación de Unidades Especializadas en el Control de Determinados Procesos de IT.

Con este objetivo se pretende la creación por los SPS de Unidades Asistenciales Especializadas para controlar los procesos de IT de patologías musculo-esqueléticas y psiquiatría menor preferentemente, dirigidas a la intervención temprana (diagnóstico y tratamiento) de los trabajadores que han iniciado procesos de IT en esas patologías.

Se valoraría a los SPS en función de la atención temprana, con disminución de los tiempos de los procesos que excedan del tiempo óptimo, siempre que se haya realizado una gestión eficaz tanto de pruebas complementarias como de procedimientos.

El SPS elaborará un plan de viabilidad que incluirá un estudio inicial, el personal sanitario (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) necesario destinado específicamente a este plan, los medios necesarios para su realización, así como los indicadores de seguimiento y los resultados obtenidos.

Se considera necesario que un determinado porcentaje de los procesos derivados de patología musculo-esquelética o psiquiátrica menor, que superen los 45 días de duración, tengan alguna actuación en estas unidades especializadas.

Durante el primer ejercicio de vigencia del Convenio, se valorará la creación de las Unidades Especializadas y el Plan de Viabilidad de las mismas. En el siguiente ejercicio se valorará el número de procesos atendidos y los resultados respecto a la duración de la IT.

E. Existencia de Médicos Consultores Especializados en Determinadas Patologías. 4 %

Esta actividad consiste en la creación, por el SPS de la Comunidad, de consultores especializados en los Centros de Salud de determinadas especialidades a plena disposición de los médicos de Atención Primaria, así como la intervención de especialistas o consultores que realicen un seguimiento del proceso de IT relacionado con el puesto de trabajo del ciudadano, valorando la necesidad de permanencia o no en dicha situación.

Estos consultores facilitarían a los MAP el trabajo en la adecuada asistencia y control de los trabajadores en IT, para que con inmediatez puedan atender a esos trabajadores desde el mismo momento en que acuden al Centro de Salud cuando inician su IT.

Los médicos especialistas a disposición del médico de atención primaria, serán de manera preferente consultores en patología musculo esquelética (reumatólogo, traumatólogo, rehabilitador) y patología psiquiátrica menor (psiquiatra, psicólogo), así como ocasionalmente, aquellos especialistas relacionados con el proceso clínico causante de la IT a los que se solicitará la información actualizada que precise, debiendo tener respuesta en tiempo inferior al que se determine anualmente. Las contestaciones a estas solicitudes deberán suponer, al menos, un volumen equivalente a un porcentaje determinado de los procesos que superen el tiempo óptimo por estas patologías.

Las comunicaciones entre el médico de Atención Primaria y los consultores deben realizarse de manera electrónica a través de la e-consulta, correo electrónico, etc.

La ponderación de este objetivo se determinará poniendo en relación los siguientes parámetros:

- 1.º) Número de consultores existentes en cada provincia de la Comunidad.
- 2.º) Número de beneficiarios de cada provincia con derecho a la prestación de IT.
- 3.º) Porcentaje de procesos en la provincia que superen el tiempo óptimo.

F. Gestión de propuestas de alta: 7 %

El SPS tramitará y contestará, motivadamente y en plazo, todas las propuestas de alta formuladas por las MCSS, a través del procedimiento informatizado diseñado por el INSS.

La contestación a las propuestas de alta formuladas por las MCSS, en caso de desacuerdo del SPS, deberá estar motivada desde un punto de vista clínico-funcional, indicando las limitaciones orgánicas y funcionales que impiden el desarrollo de la actividad laboral del trabajador. Aquellas propuestas que no sean contestadas en el plazo establecido, pasarán directamente a evaluarse por el INSS.

La valoración de este apartado del objetivo se realizará en base a la ratio propuestas de alta de Mutuas remitidas al SPS en relación a las propuestas contestadas por dicho SPS. En cuanto, al apartado de la fundamentación de las propuestas denegadas por el SPS, la valoración se realizará en base al resultado del análisis de las respuestas a dichas propuestas denegadas que serán puestas en común en las Comisiones Provinciales.

G. Control médico de la adecuación de la incapacidad temporal: 10 %

La finalidad de este objetivo es implicar a los médicos de atención primaria, como principales responsables de la emisión de los partes de incapacidad temporal, así como a la inspección médica de los Servicios Públicos de Salud (SPS), en adecuar la duración de los procesos de IT a los días estrictamente necesarios para la recuperación funcional de los trabajadores en situación de baja laboral.

El indicador a utilizar será: Número de días de IT / número de afiliados, referido al periodo analizado.

El SPS facilitará los datos relativos a las áreas de inspección en las que esté distribuido su territorio, así como el número de afiliados con derecho a la prestación de IT asignados en cada una de dichas áreas.

Para poder realizar el seguimiento y valoración de este indicador, se creará un campo específico para consignar el dato numérico de cada área de Inspección. Este campo será transmitido por el SPS junto con el registro informático del parte de baja. Para ello se modificará el documento técnico relativo al protocolo de estandarización del proceso de envío y recepción de partes médicos emitidos desde los SPS.

La valoración se realizará en función del resultado alcanzado en cada área de inspección, comparado con el resultado alcanzado a nivel nacional, obteniendo el 50% de los puntos asignados a este apartado si el valor alcanzado se corresponde con la media nacional. Los resultados de las áreas que se sitúen por debajo o por encima de dicha media, alcanzarán la puntuación de manera inversamente proporcional al resultado alcanzado respecto a la media nacional; es decir, el porcentaje de puntuación a obtener se minorará o aumentará en el porcentaje que se haya superado o reducido la citada media nacional.

H. Formación e información: 4 %

Conscientes tanto el INSS como la Comunidad Autónoma, de la importancia que para el trabajo eficaz tiene la formación de los profesionales sanitarios, en materia de incapacidades laborales, se comprometen a fomentar la formación de éstos en sus distintas modalidades: presencial o no presencial, utilizando para ello las metodologías y herramientas que estimen necesarias, tales como cursos, seminarios, jornadas, estancias formativas, intercambio de profesionales y cualesquiera otras que se consideren eficaces a la hora de lograr el objetivo planteado.

Las acciones formativas destinadas a estos profesionales deberán ser planificadas por el SPS, al menos con periodicidad semestral. Deberán ser acordadas en su diseño y contenido por el SPS y el INSS, pudiendo intervenir las MCSS en su desarrollo. Dando conocimiento a las Comisiones Provinciales que informarán a su vez a la Comisión Central.

Para alcanzar el éxito adecuado, la Comunidad Autónoma deberá integrar estos programas formativos dentro del programa formativo general de sus médicos, estableciendo políticas de incentivación que los hagan atractivos.

El conjunto de las acciones formativas realizadas, incluirá la participación de al menos el 20% de los médicos de Atención Primaria de cada Comunidad. De ese 20%, la Comunidad podrá, a su criterio, destinar un 10 % a la formación de facultativos Especialistas, incluidos MIR de especialidades distintas a Medicina Familiar y Comunitaria, quedando el 90% restante para la participación de médicos de Atención Primaria en ejercicio.

La formación en materia de IT incluirá los siguientes contenidos:

1. Conceptos básicos de la prestación por IT. Regulación legal, tramitación, seguimiento y control de los procesos de IT. Competencias de las entidades implicadas en la gestión de la IT.
2. Conceptos generales de valoración de puestos de trabajo.
3. Valoración clínico-laboral de las patologías con mayor incidencia y prevalencia en IT. Estándares de duración.

H.1 Cursos en Centros de Salud y Jornadas sobre Incapacidad Temporal y otras prestaciones de la Seguridad Social.

En este apartado se valorarán los cursos, jornadas, seminarios, etc., que se impartan, relacionados con la IT y otras prestaciones de la Seguridad Social que se realicen, así como otras acciones formativas de interés destinadas a los médicos de Atención Primaria.

Las acciones formativas destinadas a estos profesionales que se impartan en los Centros de Salud deberán contar con la participación del SPS, INSS y/o MCSS.

H.2 Formación MIR.

Mediante este Convenio se pretende que la Inspección Médica de la Comunidad Autónoma, esté acreditada como dispositivo asociado a las unidades docentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por el Ministerio de Sanidad.

Además, se deberán llevar a cabo las gestiones pertinentes a fin de que los Médicos Internos Residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria roten por la Inspección Médica de la Comunidad Autónoma, con una formación mínima de 2 jornadas laborales, en la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal. Las rotaciones también serán extensibles a los Médicos Internos Residentes de Medicina del Trabajo.

La valoración se realizará en función del porcentaje de MIR que roten por la inspección médica del SPS respecto al total de MIR existentes en la comunidad autónoma de la especialidad.

H.3 Cursos On-line sobre incapacidad laboral.

Con independencia, de las actividades presenciales o no, organizadas por la Comunidad Autónoma, el INSS pondrá a disposición de la misma, actividades on-line para la formación, investigación e innovación en valoración médica de las incapacidades laborales y en cualquier materia que se considere relevante para el buen funcionamiento de las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social.

H.4 Información a los ciudadanos.

Este objetivo pretende fomentar la concienciación e información de los ciudadanos de la Comunidad Autónoma sobre la prestación de IT en general y el uso adecuado y responsable de la misma, así como, las consecuencias negativas que se pueden derivar de un uso inadecuado de la prestación.

Para la valoración de este apartado los Servicios Públicos de Salud deberán realizar:

- Actuaciones de información directa en relación a los perceptores de IT.
- Campañas de concienciación a los ciudadanos en general.
- Información dirigida a colectivos concretos.

I. Acceso telemático a historias clínicas: 3 %

Con el fin de realizar la gestión y el control de las prestaciones derivadas de las incapacidades laborales, la Comunidad Autónoma se compromete a facilitar a los Inspectores Médicos del INSS el acceso informatizado, directo y sin otros condicionantes telemáticos previos, desde sus puestos de trabajo, a las historias clínicas completas tanto de atención primaria como especializada de los asegurados.

Dicho acceso será en las mismas condiciones que los propios Inspectores Médicos del SPS.

El acceso y tratamiento de esta información por parte de los Inspectores Médicos del INSS tendrá por objeto, única y exclusivamente, el ejercicio de las competencias que tienen encomendadas en orden a la valoración del menoscabo funcional que justifica la percepción de las prestaciones económicas garantizándose, en todo caso, la seguridad y confidencialidad de los datos.

En las historias clínicas también estará incluido el informe propuesta de incapacidad permanente. En caso de no ser posible su inclusión, dicho informe propuesta será transmitido por el SPS a la Unidad Médica del INSS a través del sistema de comunicación telemático que se alude en el párrafo siguiente.

Se establecerá un sistema telemático de comunicación entre los Inspectores Médicos del INSS y los Inspectores Médicos de la Comunidad Autónoma, de forma que ambos colectivos que intervienen en un proceso de incapacidad laboral de un trabajador puedan relacionarse y comunicarse sus decisiones para gestionar las incapacidades laborales de una manera ágil y eficaz, cumpliendo con lo previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo.

Por último, se valorará la información proporcionada por la Comunidad Autónoma al INSS acerca de los accesos realizados por los Médicos Inspectores adscritos a dicho Instituto.

J. Objetivos específicos: 1 %

Este apartado del Programa de actividades va destinado a dar acogida cada año a determinados objetivos, caracterizados por su especificidad basada en su temática, en su ejecución temporal, en su concreción, en función de las necesidades de gestión o control existentes en cada momento, bien a instancia del INSS o sugeridos por la Comunidad Autónoma.

Se pretende potenciar objetivos orientados hacia la modernización de procesos informáticos, a la implantación de técnicas sanitarias tales como telemedicina, interconsultas, diagnósticos de alta resolución, consultas on-line, control de determinados colectivos concretos con una casuística elevada, etc.

Podría acoger, por otra parte, acciones de coordinación necesarias y urgentes y estrategias de gestión del conocimiento. Así como pilotar, en fase experimental, determinados proyectos que una vez consolidados puedan generalizarse en el sistema.

II. Objetivos de racionalización del gasto

El 40% del crédito asignado a la Comunidad Autónoma queda condicionado al cumplimiento de los Objetivos de racionalización del gasto que a continuación se especifican:

A los efectos del presente Convenio, se tendrá en cuenta el coste, la prevalencia, la incidencia y el seguimiento de los procesos de corta duración de la prestación de IT derivada de contingencias comunes de todo el Sistema de la Seguridad Social, quedando excluidos expresamente los procesos cubiertos por las empresas que colaboran voluntariamente en la gestión de la Seguridad Social

A. Indicador: Coste/afiliado/mes: 20 %

El objetivo de reducción del gasto de IT por contingencias comunes en la Comunidad Autónoma, se dirige a propiciar que, durante la vigencia del presente Convenio, en su territorio se alcance un gasto de la prestación económica señalada, medido en términos de coste/afiliado/mes, según se fija en este Anexo.

Puede alcanzarse este objetivo reduciendo su coste real en la cantidad que más adelante se establece. Alternativamente, puede cumplirse el objetivo, total o parcialmente, dependiendo de la posición en que se encuentre su valor coste/afiliado/mes, en comparación con la media nacional (esta segunda comparación se llevará a cabo relacionando valores homogéneos de coste corregido).

En el caso de que no se reduzca el indicador del coste real y el coste corregido se sitúe en valor igual o por encima de la media nacional, se podrá participar de una parte del crédito, teniendo en cuenta el grado de convergencia de la Comunidad, con respecto al coste afiliado medio nacional sin aplicación de coeficientes correctores.

Para la fijación del objetivo de racionalización del gasto de IT, se toma como situación de partida la media del indicador coste/afiliado/mes de IT, (coste real) registrado en esta Comunidad durante el año 2019, ello debido a las circunstancias excepcionales ocasionadas por la crisis del COVID-19, que hace que el ejercicio 2020 no pueda servir como referente a efectos comparativos.

Coste corregido: Para medir la racionalización del gasto en términos comparativos equivalentes, se establece un coeficiente corrector que neutraliza la parte del coste en IT proveniente del distinto peso que tienen las bases reguladoras de IT por contingencias comunes (derivado éste de salarios/cotizaciones) en cada CCAA. Con la elaboración de estos datos se calcula un «índice agregado» homogeneizador del gasto, obteniendo para la Comunidad Autónoma un indicador coste/afiliado/mes corregido del «efecto bases reguladoras de IT» comparable, por tanto, con las restantes CCAA e INGESA. A partir de este indicador homogéneo, se fija el coste medio/afiliado/mes de la Comunidad Autónoma y se calcula el correspondiente a la media nacional.

Durante la vigencia del presente Convenio se analizará la posibilidad de implantar otros factores correctores.

B. Otros indicadores: 16 %

B.1 Indicador sobre incidencia: 8 %.

Este indicador refleja el número de procesos de IT iniciados por cada 1000 afiliados. Con él se analiza el comportamiento de los servicios de atención primaria de esta Comunidad.

B.2 Indicador sobre prevalencia: 8 %.

Este indicador refleja el número de procesos en vigor por cada 1000 afiliados. Con él se pone de manifiesto la permanencia de los procesos de IT en el momento analizado.

A y B. Valoración de objetivos de racionalización del gasto.

La valoración de estos objetivos se llevará a cabo poniendo su comportamiento en comparación con su propia trayectoria y alternativamente con el comportamiento de los valores alcanzados por las demás CCAA e INGESA.

El cumplimiento de estos objetivos exigirá la reducción del valor alcanzado en este ejercicio, comparado con el obtenido en igual periodo del año anterior y en su defecto comparándolo con el valor alcanzado por la media nacional. Todo ello según se desprende del contenido de las bases de cotización del INSS.

En el ejercicio 2021 la comparación con igual periodo del año anterior no se efectuará, sino que se tomará en consideración el ejercicio 2019, esto es debido a la crisis sanitaria habida en el año 2020 como consecuencia de la pandemia del COVID-19.

Se considerarán plenamente alcanzados los objetivos, cuando se consiga la reducción del 2% del valor de partida del periodo analizado (excepto para el objetivo coste/afiliado/mes, que requerirá tan sólo una reducción del 1%). La valoración se hará comparando los datos del periodo analizado con los de igual periodo del año anterior, en términos de homogeneidad, excepto en el ejercicio 2021.

Si la Comunidad Autónoma no ha alcanzado la reducción establecida anteriormente, podrá considerarse cumplido el objetivo en las circunstancias que a continuación se especifican (para el objetivo coste/afiliado/mes, esta segunda comparación se refiere al valor corregido).

Si el resultado se sitúa entre el 100% y el 90% del valor de la media nacional (v.m.n.): se considera cumplido 1/3 del objetivo.

Si el resultado se sitúa en valores inferiores al 90% e iguales o superiores al 80% del v.m.n.: se consideran cumplidos 2/3 del objetivo.

Si el resultado se sitúa por debajo del 80% del v.m.n.: se considera plenamente cumplido el objetivo.

Si no se ha alcanzado la reducción establecida en el coste afiliado real y tampoco se está por debajo de la media nacional en el coste corregido, podrá obtenerse el 25% del crédito del objetivo cuando el porcentaje de variación del coste/afiliado de la Comunidad se sitúe en 5 puntos por debajo del porcentaje de variación de la media nacional, reduciendo por tanto la desviación respecto de esa media.

El INSS facilitará a la Comunidad Autónoma el valor alcanzado al final de cada ejercicio, en estos indicadores:

- Coste/afiliado/mes valor real.
- Coste /afiliado/mes valor corregido.
- n.º de procesos iniciados/1000 afiliados.
- n.º de procesos en vigor/1000 afiliados.

Asimismo, el INSS comunicará el valor de la media nacional de dichos indicadores, alcanzado para cada año.

C. Indicador procesos de corta duración: 4 %

Del análisis de los procesos de IT se desprende que un número elevado de ellos corresponde a procesos de corta duración, que provocan además una merma importante para la organización del sistema productivo. Por ello se establece este objetivo, consistente en la puesta en marcha de un plan que someta a un seguimiento más riguroso a los procesos de IT cuyo diagnóstico tenga establecida una duración estándar no superior a 30 días. En este objetivo se contemplan los procesos de IT por contingencias comunes de INSS y de Mutuas.

Con su aplicación se pretende ajustar el número de procesos de IT de esta modalidad que se inicien, y establecer una cultura de utilización racional de la prestación en procesos de corta duración, sensibilizando para ello, tanto al médico prescriptor de la

baja como al trabajador y al empresario, mejorando al propio tiempo la atención sanitaria sobre los beneficiarios.

En la evaluación del cumplimiento de este objetivo tendrán especial consideración los siguientes parámetros:

- Número de controles realizados a trabajadores en IT con procesos de corta duración.
- Resultados derivados de dichos controles.
- Número de nuevos procesos de IT de corta duración.
- Procesos de IT en vigor de corta duración.
- Número de días que superen la duración estándar.