

III. OTRAS DISPOSICIONES**MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES**

- 1214** *Resolución de 2 de enero de 2025, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Comunidad Valenciana, para el control de la incapacidad temporal durante el periodo 2025 a 2028.*

Con fecha 26 de diciembre de 2024 se ha suscrito el Convenio entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (INSS) y la Comunidad Valenciana para el control de la incapacidad temporal durante el periodo 2025 a 2028, 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.

Madrid, 2 de enero de 2025.—El Secretario General Técnico, Plácido Vázquez García.

**CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES (INSS) Y LA COMUNIDAD VALENCIANA PARA EL CONTROL
DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DURANTE EL PERIODO 2025 A 2028**

A la fecha de las firmas,

REUNIDOS

De una parte, don Francisco de Borja Suárez Corujo, Secretario de Estado de la Seguridad Social y Pensiones, nombrado mediante Real Decreto 514/2022, de 27 de junio, actuando en nombre y representación del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, en virtud de lo establecido en el artículo 62.2.g) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y en el artículo 2.1.a) del Real Decreto 501/2024, de 21 de mayo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Doña M.^a del Carmen Armesto González-Rosón, Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, nombrada por Real Decreto 131/2020, de 21 de enero, actuando en nombre y representación del Instituto, en virtud de las competencias que le atribuye el artículo 5 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, modificado por el Real Decreto 1010/2017, de 1 de diciembre, y por el Real Decreto 496/2020, de 28 de abril.

De otra parte, el Hble. Sr. don Marciano Gómez Gómez, Conseller de Sanidad, en representación de la Generalitat Valenciana, nombrado por el Decreto 11/2023, de 19 de julio, del President de la Generalitat, conforme a lo dispuesto en el artículo 28.g) de la Ley 5/1983, de 30 de diciembre, del Consell; en el artículo 6.3 del Decreto 176/2014, de 10 de octubre, del Consell, por el que se regula los convenios que suscriba la Generalitat y su registro, en relación con el artículo 4.2 del Decreto 135/2023, de 10 de agosto, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad, y facultado para la firma de este convenio por acuerdo del Consell de fecha 23 de diciembre de 2024.

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 de modificación parcial de las correspondientes a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Que el/la Secretario/a 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 el/la Director/a 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 Valenciana, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, 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 los Servicios Sanitarios adscritos a la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, 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 texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (TRLGSS), 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 2025, concepto presupuestario 459, se incluye un crédito de hasta un máximo de 315.023.458,60 euros, 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 los ejercicios 2026, 2027 y 2028 el crédito se fija en el mismo importe, para cada uno de los años, condicionado a su aprobación en la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado.

Cada Comunidad Autónoma participará en dicho crédito en proporción al número de asegurados con derecho a la prestación de Incapacidad Temporal en el Sistema de la Seguridad Social, que tenga de media durante el período que transcurra entre el mes de octubre del ejercicio anterior y el mes de septiembre del ejercicio al que corresponda la liquidación, efectuándose la liquidación del crédito en función del grado de cumplimiento de la realización de determinadas actuaciones de gestión y control de la IT, fijadas para cada ejercicio económico.

Quinto.

Que es voluntad de las partes, recogiendo experiencias derivadas de la ejecución de anteriores convenios, establecer en el anexo I que acompaña a este 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 mismo.

El mencionado Plan de Actuaciones, será fijo e invariable durante toda la vigencia del convenio.

Que, con la finalidad de fijar los compromisos entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (INSS) y la Comunidad Valenciana en lo que se refiere a la asignación del crédito y su liquidación, así como las obligaciones de la Comunidad recogidas en el Plan de Actuaciones, ambas partes acuerdan suscribir el presente convenio, que se registrará 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 Valenciana.

Segunda. *Distribución del crédito asignado.*

La participación en el crédito de esta Comunidad 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, excluidas la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma del País Vasco, en proporción al número de asegurados con derecho a la prestación de Incapacidad Temporal en el Sistema de la Seguridad Social, tomando en consideración el número medio de asegurados durante el período que transcurra entre el mes de octubre del ejercicio anterior y el mes de septiembre del ejercicio al que corresponda la liquidación.

Para el año 2025, a la Comunidad Valenciana le corresponde la cantidad, resultante de distribuir el crédito de 315.023.458,60 euros, conforme se especifica en el párrafo anterior.

Para los ejercicios 2026, 2027 y 2028 existe crédito retenido mediante los correspondientes documentos contables, por el mismo importe que el relativo a la anualidad del año 2025.

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 las 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 Valenciana.

La Comunidad Valenciana se obliga a la realización, hasta el 31 de diciembre de 2028, del Plan de Actuaciones que se acompaña como anexo I a este 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 según se detalla en el Plan de Actuaciones.

Si bien la vigencia del convenio y el plazo para la realización de las obligaciones contenidas en el Plan de Actuaciones finalizará el 31 de diciembre de 2028, los efectos de su liquidación y pago podrán extenderse hasta el 30 de abril de 2029.

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.

No obstante, 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.

Sin que, en ningún caso, suponga una alteración de los objetivos y actividades que forman parte del Plan de Actuaciones, ni del porcentaje sobre el crédito asignado a cada uno de ellos, el INSS podrá modificar los criterios de ponderación a aplicar dentro de cada actividad u objetivo, sin modificar las actuaciones y epígrafes contenidos en cada uno de ellos. Estos nuevos criterios se comunicarán a la Comunidad, con antelación suficiente, antes de la finalización del ejercicio anterior a aquel a partir del cual se vayan a aplicar.

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 2025, el INSS realizará un anticipo a cuenta, en un pago único, del importe total del crédito asignado a la Comunidad en ese ejercicio. No obstante, previamente la Comunidad 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 de los ejercicios 2026, 2027 y 2028, el INSS ingresará como anticipo a cuenta el importe del crédito que resulte de detraer del importe asignado a la Comunidad, para el ejercicio de que se trate, en función del número de asegurados con derecho a la prestación de incapacidad temporal, el importe resultante del incumplimiento de los objetivos, fijados en el convenio, del ejercicio anterior.

El indicado anticipo a cuenta queda condicionado al envío por parte de las CCAA e INGESA al INSS de las Memorias técnica y financiera, que se detallan en la cláusula quinta siguiente.

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.

A la finalización de la vigencia del convenio, el 31 de diciembre de 2028, se calculará el importe adeudado por la Comunidad al INSS por incumplimiento de los objetivos

en 2028. Este importe lo liquidará la Comunidad al INSS, mediante ingreso en la cuenta corriente que al efecto se determine, en el primer cuatrimestre del año 2029.

En el año 2029 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 procedimiento para el cálculo de la liquidación del crédito asignado para cada ejercicio 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 en el año anterior, se aplicará sobre el crédito anual asignado a la Comunidad en ese año. De esta forma se obtiene el importe adeudado por la Comunidad al INSS derivado del incumplimiento de los objetivos.

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 Valenciana 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 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. Estas Memorias deberán elaborarse conforme a lo que se especifica en los párrafos siguientes, siguiendo los modelos previstos en el anexo II del presente convenio.

En relación a la elaboración de la Memoria Técnica, la Comunidad 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 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 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. Con presencia de los Servicios de Inspección Médica, de los Servicios Asistenciales Sanitarios, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, 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 Valenciana.

Presidirá las reuniones quien ostente la titularidad de la Subdirección 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/a 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 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/a y Secretario/a 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 I 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 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 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/a del INSS en esa provincia y hará las veces de secretario/a un funcionario/a designado por el presidente/a.

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/a y Secretario/a 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.

El funcionamiento de las Comisiones de Seguimiento se regirá por lo establecido en la sección 3.^a del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector público.

Séptima. *Seguimiento y control de datos.*

El INSS y la Comunidad Valenciana 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, establecido en el artículo 156.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico

del Sector Público, en el ámbito de la Administración Electrónica y regulado en el Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo.

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 al RGPD y 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 Real Decreto 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 Valenciana, tanto la Entidad Gestora como la Comunidad:

- 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 informarán 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 Valenciana 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 tendrá una duración de cuatro años, sin posibilidad de prórroga, perfeccionándose desde el momento de su firma por todas las partes, teniendo una vigencia o duración hasta el 31 de diciembre de 2028, sin perjuicio de lo que se establece a efectos de liquidación en la cláusula cuarta.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, el convenio será eficaz una vez inscrito en el Registro Electrónico Estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación del Sector

Público Estatal, surtiendo efectos desde el 1 de enero de 2025. Adicionalmente, el convenio debe ser publicado en el «Boletín Oficial del Estado».

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.

Toda modificación del convenio deberá formalizarse mediante adenda, conforme a los requisitos legalmente establecidos y previa autorización prevista en el artículo 50 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

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 Contencioso-administrativa.

Y, en prueba de conformidad, firman el presente convenio.—Por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, el Secretario de Estado de Seguridad Social y Pensiones, Francisco de Borja Suárez Corujo.—Por la Comunidad Valenciana, el Conseller de Sanidad, Marciano Gómez Gómez.—Por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Directora General, M.^a del Carmen Armesto González-Rosón.

ANEXO I

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 Valenciana

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 se alcance de forma global en cada Comunidad.

I. 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, y otros procedimientos de carácter telemático: 12 %.

La Comunidad transmitirá al INSS, a través de los protocolos informáticos creados a tal efecto, 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, modificado por el Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre, y con arreglo a los cuatro grupos de procesos que establece dicho real decreto.

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 Real Decreto 625/2014, modificado por el Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre.

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, modificado por la Orden ISM/2/2023, de 11 de enero, 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 la descripción del puesto de trabajo del trabajador, 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, conforme a la información publicada por el Ministerio de Sanidad. En el supuesto de que la Comunidad 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.

Así mismo, dentro de este apartado, en el marco de la resolución de las incidencias planteadas por las empresas en relación con los procesos de IT de sus trabajadores, con el objeto de mejorar el control de los procesos de IT, se valorará una correcta y fluida comunicación entre el INSS y los SPS e INGESA, que haga posible que las incidencias que se planteen por el INSS a los servicios públicos de salud e INGESA, se resuelvan a la mayor brevedad.

B. Aplicación de tablas de duración optima: 3 %.

El SPS dotará, a través de los procedimientos informáticos adecuados a sus médicos de Atención Primaria de tablas de duración estándar elaboradas y facilitadas por el INSS, en las que se reflejen los tiempos estándar de duración de cada uno de los diagnósticos más frecuentes generadores de situaciones de IT y los factores de corrección a aplicar teniendo en cuenta la edad, el sexo y la ocupación del trabajador para poder calcular el tiempo óptimo en cada proceso. 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 mencionadas en el apartado anterior a los sistemas informáticos de la Comunidad, sino que también se valorará 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, la necesidad de justificación expresa por dicho facultativo de las causas que hayan llevado al mantenimiento del proceso.

Además de tener las tablas instaladas y adaptadas a la CIE-10 (en torno a 4.300 códigos distintos, todos ellos con tiempo estándar), los SPS deben utilizarlas para codificar los diagnósticos que motivan los procesos de IT en lugar de tener abierta la posibilidad de utilizar los más de 80.000 códigos diferentes de la CIE-10, de los cuales en torno a 76.000 no tienen tiempo estándar.

Para poder participar del crédito será necesario tener integradas las tablas de duración estándar de los diagnósticos y de los factores de corrección facilitadas por el INSS, adaptadas a la tabla CIE-10 en los programas informáticos, debiendo ser utilizadas por el SPS para codificar los diagnósticos de los procesos de IT.

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, incluyendo también un listado que harán llegar a cada médico, con la periodicidad que se fije anualmente en los criterios de valoración, con la relación del total de personas en IT, la duración estándar en cada caso y los días en exceso (superado el tiempo óptimo) que correspondan a cada proceso.

C. Análisis Predictivo: 3 %.

El INSS hará participe al SPS de la Comunidad Valenciana 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 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 Resultado de los controles efectuados.

D. Aviso en el Parte de Confirmación y derivación a Unidades asistenciales 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 unidades asistenciales especializadas.

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.

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 Unidades Asistenciales Especializadas en el Control de Determinados Procesos de IT.

Con este objetivo se pretende que Unidades Asistenciales Especializadas de los SPS controlen los procesos de IT de patologías músculo-esqueléticas y psiquiatría menor preferentemente para efectuar la intervención temprana (diagnóstico y tratamiento) de los trabajadores que han iniciado procesos de IT en esas patologías.

Se valorará 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.

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

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 de determinadas especialidades a disposición de los médicos de Atención Primaria de los centros de salud, para facilitarles 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, o por vía telefónica.

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: 11 %.

La finalidad de este objetivo es implicar, por medio de incentivos económicos, a los médicos de atención primaria, como principales responsables de la emisión de los partes de incapacidad temporal, 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: exceso de número de días de IT tomando como referencia el tiempo estándar previsto para cada proceso, por cada uno de los médicos de atención primaria, referido al periodo analizado.

Para poder realizar el seguimiento y valoración de este indicador, se debe garantizar la correcta cumplimentación del campo de los partes de IT referente a la identificación del facultativo (n.º de colegiado), así como la codificación del proceso, datos que ya se vienen remitiendo por los SPS y el INGESA conforme al protocolo informático de envío y recepción de partes médicos. En todo caso, será necesario que al menos el 70 % de diagnósticos codificados en los procesos de IT se correspondan con los códigos de las tablas de tiempos estándar facilitadas por el INSS para poder aplicar el correspondiente tiempo estándar de duración y calcular el exceso de días de IT.

La valoración se realizará en función del resultado alcanzado por cada médico de atención primaria, tomando en consideración los datos de carácter global: el número total de días de IT, y el número total de días que debieron haber alcanzado todos los procesos de IT gestionados por el facultativo según las duraciones previstas en las tablas de duraciones estándar de IT.

Dentro de este objetivo, también se valorará la revisión de los procesos de IT en los primeros trescientos sesenta y cinco días, con el objeto de que se emita alta en aquellos procesos en que proceda sin esperar a que el INSS emita el alta con posterioridad, pasado un período corto de tiempo, inferior a cuatrocientos días.

H. Formación e información: 5 %.

Conscientes tanto el INSS como la Comunidad, 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 deberá integrar estos programas formativos dentro del programa formativo general de sus médicos, estableciendo políticas de incentivación que los hagan atractivos.

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.

El conjunto de las acciones formativas de este apartado deberá incluir la participación anual de, al menos, el 10 % de los Médicos de Atención Primaria de cada comunidad, pudiendo, 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.

H.2 Cursos *online* sobre incapacidad laboral.

Con independencia, de las actividades presenciales o no, organizadas por la Comunidad, el INSS pondrá a disposición de la misma, actividades *online* 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.

El conjunto de las acciones formativas de este apartado deberá incluir la participación anual de, al menos, el 5 % de los Médicos de Atención Primaria de cada comunidad, pudiendo, 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.

H.3 Formación MIR.

Con este objetivo se pretende que las comunidades e INGESA lleven 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, con una

formación mínima de cinco 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 de la especialidad.

H.4 Información a los ciudadanos.

Con este objetivo se pretende que por la Administración Sanitaria de la comunidad se conciencie a los ciudadanos sobre el uso adecuado de la prestación de IT.

Para ello, se deberá realizar la difusión, a través de los medios que sean necesarios, para hacer llegar el mensaje a la población sobre el uso adecuado, racional y responsable de esta prestación, así como, las consecuencias negativas que se pueden derivar de un uso inadecuado de la misma.

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

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

I. Acceso telemático a historias clínicas: 2 %.

Con el fin de realizar la gestión y el control de las prestaciones derivadas de las incapacidades laborales, la Comunidad 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.

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.

Se establecerá un sistema telemático de comunicación entre los Inspectores Médicos del INSS y los Inspectores Médicos de la Comunidad, 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.

Se valorarán las incidencias documentadas por los Médicos Inspectores del INSS en relación con el acceso no óptimo a las Historias Clínicas de los Servicios Públicos de Salud.

Igualmente, se valorará el envío, por el Servicio Público de Salud, de los informes médicos trimestrales correspondientes al tercer trimestre. Este informe médico trimestral deberá incorporarse a la historia clínica del paciente o remitirse al INSS por vía telemática.

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.

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 *online*, 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 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 y la incidencia 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: 16 %.

El objetivo de reducción del gasto de IT por contingencias comunes en la Comunidad 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.

B. 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.

C. Indicador sobre prevalencia: 16 %.

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.

Valoración de los objetivos de racionalización del gasto.

a. Criterios de valoración comunes: La valoración de los objetivos de coste/afiliado/mes, incidencia y prevalencia 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, en términos de homogeneidad, 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 desprenda del contenido de las bases de cotización del INSS.

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

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

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

b. Criterios de valoración aplicables al indicador coste/afiliado/mes.

I. Se considerará alcanzado el 100 % del crédito, cuando se consiga la reducción del 1 % del valor de partida del periodo analizado.

II. Si la Comunidad no ha alcanzado la reducción establecida en el punto anterior, se aplicarán las siguientes reglas, tomando como parámetro de comparación el valor del coste corregido y su media nacional:

- 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.

A estos efectos, el coste corregido es un factor de corrección 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, e INGESA. Con la elaboración de estos datos se calculará un «índice agregado» homogeneizador del gasto, obteniendo para la Comunidad Autónoma e INGESA 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 y se calcula el correspondiente a la media nacional. Durante la vigencia del presente convenio se analizará la posibilidad de implantar otros factores correctores distintos.

III. En el supuesto de no reducir en la forma establecida, en los apartados anteriores, el coste afiliado real y tampoco conseguir estar 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 dos puntos por debajo del porcentaje de variación de la media nacional, reduciendo por tanto la desviación respecto de esa media.

c. Criterios de valoración aplicables a los indicadores de incidencia y prevalencia.

I. Se considerará alcanzado el 100 % del crédito, cuando se consiga la reducción del 2 % del valor de partida del periodo analizado.

II. Si la Comunidad no ha alcanzado la reducción establecida en el punto anterior, se aplicarán las siguientes reglas, tomando como parámetro de comparación la media nacional de dichos indicadores:

- 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.

ANEXO II

Modelo de memoria técnica

1- Consideraciones generales.

Apartado introductorio de la memoria donde exponer:

- Referencia al convenio firmado, publicación etc.
- Una valoración general de los resultados anuales obtenidos.

2. Reuniones de seguimiento. Comisión Provincial y Central.

Resumen de las reuniones celebradas, descripción de los aspectos más relevantes tratados, sugerencias, aportaciones y número de reuniones mantenidas.

3. Programa de actividades.

Descripción de las actividades realizadas para el cumplimiento de cada uno de los objetivos que se incluyen en el programa de actividades, así como el personal destinado a las mismas.

En este punto se determinarán las actuaciones más relevantes realizadas en relación con los objetivos y se describirá el contenido de las certificaciones, si las hubiera, informando detalladamente sobre su contenido.

4. Objetivos de racionalización del gasto. Indicadores de seguimiento y desarrollo de los mismos:

Descripción, evolución y resultados relativos a:

- Coste/afiliado/mes.
- Incidencia.
- Días de IT/afiliado.
- Gestión de procesos de corta duración, atendiendo a los procesos objeto de análisis de cada ejercicio.

5. Otras Actuaciones y resultados:

Se describirá la realización de otras actividades que se hayan realizado en aras a mejorar la gestión de la IT por parte del SPS.

Informe valorativo de los resultados obtenidos con dichas actividades que reflejen los resultados positivos en el comportamiento de la IT.

Modelo de memoria financiera

1. Antecedentes.

Introducción con breve referencia al convenio firmado (indicación de la fecha de firma, fecha de publicación en el BOE, objeto y periodo de vigencia).

Cita expresa del crédito asignado para el ejercicio a que se refiere la memoria y la fecha de ingreso del mismo.

2. Informe del destino de los recursos.

Resumen de lo indicado en la cláusula quinta del convenio respecto del carácter finalista de los créditos percibidos en aplicación de este convenio, la obligación de elaborar una memoria financiera en la que se desglose el coste de las actuaciones realizadas.

A continuación, se propone un texto de referencia:

La cláusula quinta del convenio prevé que estos fondos deban ser destinados a financiar actuaciones de mejora de los procesos de control y gestión de la incapacidad temporal, la modernización de sus equipos informáticos, materiales y humanos y la incentivación de estos.

En este sentido, dicha cláusula establece la obligación de elaboración de una memoria financiera en la que se deberá consignar el desglose de los costes de las distintas actuaciones realizadas para la ejecución de este convenio.

En cumplimiento de lo previsto en la cláusula quinta del convenio formalizado por la Conselleria de Sanidad con la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en los epígrafes siguientes, se procede a detallar los costes de las actuaciones realizadas por tipo de actuación y concepto de gasto.

A continuación, se indicará de forma separada el coste destinado por la Comunidad a la consecución de cada uno de los objetivos previstos en el convenio, de modo que

pueda visualizarse una correlación entre los importes invertidos por la Comunidad y los objetivos a alcanzar previstos en el convenio.

En cada uno de estos apartados, deben detallarse las actuaciones realizadas y el coste de las mismas, señalando, en el caso de costes directos de adquisiciones de bienes o servicios, su concepto y su importe. Si estos costes no fueran imputables en su integridad a este convenio, se indicará el porcentaje de financiación y el criterio aplicado para realizar su distribución.

En el caso de imputación de costes generales o de estructura (por ejemplo: costes de personal que se dedique parcialmente a temas referidos a la aplicación de este convenio), se detallará el gasto total, el criterio general de distribución de este tipo de coste, el porcentaje correspondiente a la ejecución de las actuaciones previstas en este convenio y el importe imputado.

En el caso de imputación de costes de formación se indicarán la denominación del curso de formación, el número de asistentes a los mismos y su coste de impartición.

En el caso de que se aplicara a este convenio la financiación de algún elemento del inmovilizado material o inmaterial (aplicaciones informáticas) deberá señalarse el porcentaje de amortización aplicado.

En el caso de gastos que se imputen a varias actuaciones financiadas en este concepto, se actuará con el mismo criterio que con los costes indirectos.

3. Cuadro resumen del gasto.

Al final de la memoria, deberá presentarse un cuadro resumen de gasto por cada actuación financiada y otro por cada uno de los conceptos de gasto realizados en el ejercicio.

Por último, indicar que la memoria financiera deberá ser firmada por el responsable de la ejecución económica o presupuestaria de la entidad que asuma la gestión de las actuaciones materiales del convenio: la propia Consejería de Sanidad, el Servicio Autonómico de Salud, etc.