

# CONVENIO PARA EL CONTROL DE LA IT 2025-2028

## VALORACIÓN OBJETIVOS 2026 CATALUÑA

### *PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE MODERNIZACIÓN Y MEJORA DE LA GESTIÓN Y CONTROL DE LA IT: 60%.*

■ **Trasmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT, con calidad en los datos y en plazo: 8%.**

#### Objetivo

Transmitir 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 del ámbito territorial de la CCAA e INGESA, ajustándose a estándares de calidad, como son la cumplimentación de una serie de datos, especialmente, en lo relativo a los códigos de diagnóstico, profesión, a las recaídas de los procesos, así como a la prontitud en la transmisión informática al INSS.

#### **4,50% Trasmisión en plazo de los partes de IT (Decalaje).**

- **1%** Remisión del 80% de partes de baja y alta en 1 día.
- **0,75%** Remisión del 86% de partes de baja y alta en 2 días.
- **0,50%** Remisión del 91% de partes de baja y alta en 3 días.
- **0,25%** Remisión del 94% de partes de baja y alta en 4 días.
  
- **0,25%** Remisión del 98% de partes de confirmación en 4 días. Se alcanzará un 0,10% siempre y cuando se alcance un porcentaje mínimo del 95%.
  
- **0,25%** Remisión del 100% de los partes de confirmación reclamados por el Protocolo IV en 7 días desde la fecha de reclamación, y si no se consigue de forma proporcional.  
La valoración se realizará siempre y cuando se alcance un porcentaje mínimo del 65% de los partes reclamados remitidos.  
  
En caso de que no se haya reclamado ningún parte, se dará por cumplido el 100% del objetivo.
  
- **0,50%** En el marco de la resolución de incidencias planteadas por las empresas en relación con los procesos de IT de sus trabajadores, se valorará una correcta y fluida comunicación entre el INSS con los SPS e INGESA, que haga posible que las incidencias que se planteen por el INSS a los SPS e INGESA se resuelvan en el menor tiempo posible.

La valoración se realizará según los siguientes parámetros:

0,50 puntos: para aquellos SPS que respondan a las consultas en el plazo de 1 día.

0,25 puntos: para aquellos SPS que respondan a las consultas en el plazo de 2 días.

0,15 puntos: para aquellos SPS que respondan las consultas en el plazo de entre 3 y 5 días.

0 puntos: para los SPS que tarden más de 5 días en contestar a las consultas.

La valoración se realizará siempre y cuando se alcance un 75% de incidencias contestadas por el SPS.

- **0,50%** Realización por parte del SPS de los desarrollos informáticos necesarios para recibir los ficheros remitidos por el INSS por el Protocolo VIII, y la visualización en los aplicativos de atención primaria de la información relativa a la CNO, puesto de trabajo y descripción de funciones del puesto de trabajo.

La valoración se realizará conforme a la certificación que presente el SPS a la finalización del ejercicio 2026.

- **0,50%** Integración en los programas informáticos de los médicos de Atención Primaria, de la tabla de valoración de los requerimientos profesionales, en los Grados 3 (intensidad media-alta) y 4 (intensidad muy alta) que se recogen en la guía de valoración profesional editada por el INSS.

#### **3,50% Calidad en la cumplimentación de los datos que contienen los partes médicos de IT:**

- **1%** Cumplimentación en los partes de baja, confirmación y alta del número de colegiado de forma correcta.
- **0,25%** Partes de baja y alta rechazados. No superar la MN.
- **0,25%** Partes de baja y alta aceptados erróneos. No superar la MN.
- **0,25%** Partes de confirmación rechazados. No superar la MN.
- **0,25%** Partes de confirmación aceptados erróneos. No superar la MN.

- **1,50 %** Transmisión al INSS por el SPS de las recaídas comunicadas después de los 20 días en un porcentaje igual o inferior al 0,50% sobre el total de las recaídas transmitidas por el SPS.

La Valoración se realizará siempre y cuando la transmisión sea inferior al 1,5% y se obtendrá la totalidad del crédito cuando la transmisión sea igual o inferior al 0,50%. Cuando el porcentaje de la transmisión sea superior al 0,50% e inferior al 1,5% se valorará en proporción.

## ■ Aplicación de tablas de duración óptima: 2%

### Objetivo:

Una vez integradas, por las CCAA y el INGESA, las tablas de duraciones estándar adaptadas a la CIE-10 y de los factores de corrección facilitados por el INSS e implantado los avisos y alarmas, así como la disposición de un plan de actuación por parte de la inspección del SPS sobre los procesos que han superado la duración óptima, los SPS deberán realizar la codificación, exclusivamente con los códigos que disponen de duración estándar, así como facilitar información de la evolución de sus procesos en comparación con las duraciones estándar.

### Reparto del crédito:

- ✚ **1%** El SPS debe codificar los diagnósticos que motivan los procesos de IT exclusivamente con los códigos que tienen tiempo estándar, proporcionados por el INSS, en lugar de utilizar el resto de los códigos que no tienen tiempo estándar.

La valoración se realizará siempre y cuando haya una codificación superior al 90% de los diagnósticos. Si el porcentaje de codificación es superior al 90% se valorará en proporción.

Ejemplo: si Cataluña codifica el 70% de sus procesos con diagnóstico que tienen TE no obtendrá crédito. Sin embargo, si codifica el 95% alcanzará el 50% de cumplimiento y obtendrá 0,75 puntos.

- ✚ **1%** Para acceder a esta parte del crédito el SPS tiene que certificar la existencia de un sistema de información periódica que proporcione a sus médicos de atención primaria, al menos mensualmente, una 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.

La valoración se realizará conforme a la certificación que presente el SPS a la finalización del ejercicio 2026.

## ■ Análisis Predictivo: 3%.

### Objetivo:

Utilización de instrumentos de analítica predictiva, que combinan una gran cantidad de variables que inciden en los procesos de IT (duración, sexo, edad, patología, ocupación etc.), para que la Inspección Médica del SPS pueda seleccionar aquellos procesos que requieran una valoración clínica por parte de dicha Inspección Médica, para mantener o no la situación de incapacidad temporal.

### Reparto del crédito:

- **2%** Porcentaje de respuesta del SPS al número de procesos enviados por el INSS y seleccionados a través de herramientas de analítica predictiva.

Indicador:  $\text{total procesos contestados} / \text{total procesos enviados} \times 100$ .

La valoración se realizará siempre y cuando se alcance un porcentaje mínimo del 80%.

- **0,75%** Tiempo de respuesta del SPS a los procesos enviados.

La valoración se realizará en comparación con la media nacional de manera inversamente proporcional.

- **0,25%** Desviación respecto a la media nacional de los SPS del resultado de los controles efectuados a los procesos de IT remitidos.

Los procesos a enviar para valoración se seleccionarán entre los existentes con duraciones entre 180 a 300 días para todos los SPS, de los códigos diagnósticos F32 a F69 pertenecientes al capítulo V de la CIE 10 y que se puede catalogar como Psiquiatría Menor, así como los correspondientes a los códigos M15 a M79.9 donde se incluyen las patologías musculo esqueléticas más frecuentes dentro del capítulo XIII de enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo.

La valoración se realizará de forma proporcional al resultado alcanzado, con un límite superior del 130% de la media nacional y un límite inferior del 70% de la media nacional.

## ■ Avisos en el Parte de Confirmación y derivación de Unidades Asistenciales Especializadas en el Control de determinados procesos de IT: 12%.

- **Aviso en el Parte de Confirmación: 2%.**

### Objetivo:

Facilitar la detección de procesos de incapacidad temporal que se prolonguen en el tiempo más allá del que precise su cuadro clínico:

### Reparto del crédito:

- **1%** Cumplimentar como “incidencia asistencial”, en todos los partes de confirmación de incapacidad temporal de los procesos de los capítulos V y XIII, cuyos códigos han sido proporcionados por el INSS, a partir del primero posterior a los 45 días de duración del proceso, si, a juicio del facultativo médico, el proceso no transcurre de forma adecuada porque se está alargando 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.

La valoración se realizará siempre y cuando se haya marcado la concurrencia de “incidencia asistencial” en el 15% de dichos procesos con duración superior a 45 días y se obtendrá la totalidad del crédito en caso de que se indique la concurrencia de “incidencia asistencial” en el 100% de esos procesos con duración superior a 45 días.-La valoración en caso de que se marque la incidencia asistencial entre el 15% y el 100% se realizará en proporción.

Ejemplo: para una comunidad autónoma que en 2025 tuvo 4.000 procesos de más de 45 días del capítulo V y 6.000 del XIII, pudo marcar 10.000 procesos. El 15% mínimo que debería marcar serían 1.500. El 100%, es decir, la totalidad del crédito la alcanzaría si marcara 10.000.

- **1%** Cumplimentar como “incidencia no asistencial”, en todos los partes de confirmación de todos los procesos de incapacidad temporal, de cualquier patología y duración, cuando, a juicio del facultativo médico, suponga una alteración en la adecuada gestión médica del proceso IT.

La valoración se realizará en atención al número de actuaciones de control médico realizadas por la inspección del SPS (que será certificado trimestralmente y enviado a estos Servicios Centrales), para comprobar la situación que determine dicha alteración, en función de los siguientes parámetros:

- Se alcanzará un 0,50% del crédito siempre y cuando se haya indicado la concurrencia de “incidencia no asistencial” en al menos 1 de cada 1.000 procesos de IT, y se realicen actuaciones en la totalidad de estos procesos señalados por el SPS.
- Se alcanzará un 0,75% del crédito siempre y cuando se haya indicado la concurrencia de “incidencia no asistencial” en al menos 1,5 de cada 1.000 procesos de IT, y se realicen actuaciones en la totalidad de estos procesos señalados por el SPS.
- Se alcanzará la totalidad del crédito en caso de que se señale con esta incidencia 2 de cada 1.000 procesos, y se realicen actuaciones en la totalidad de estos procesos señalados por el SPS

## **Actuaciones de las Unidades Asistenciales Especializadas en el Control de determinados Procesos de IT: 10%.**

### **Objetivo:**

Se pretende que Unidades Asistenciales Especializadas de los SPS controlen y realicen una actuación temprana de los procesos de IT de las patologías de los capítulos V y XIII que se hayan cumplimentado como “incidencia asistencial”, a partir del primer parte posterior a los 45 días de duración del proceso.

### **Reparto del crédito:**

- **6 %** Por los resultados obtenidos por las Unidades Asistenciales Especializadas en Patología Músculo- Esquelética sobre los procesos derivados a estas unidades en base al objetivo anterior.

La valoración se realizará conforme a los siguientes parámetros:

- **3%:** se asignará en función de las actuaciones realizadas por las Unidades Asistenciales Especializadas respecto de los procesos marcados con “incidencia asistencial” en patologías Musculoesqueléticas (Capítulo XIII).

Se alcanzará el 100% si se realizan actuaciones sobre la totalidad de los procesos marcados. Si no se alcanza dicho porcentaje, la valoración se hará en proporción, siempre y cuando se alcance un porcentaje mínimo del 20% de actuaciones sobre los procesos marcados.

Ejemplo: si una CA marca 1200 procesos, el mínimo sobre los que tendría que actuar serían 240 (20%). La totalidad del crédito la alcanzaría ~~su~~ si actuara sobre todos los marcados.

- **3%:** disminución de la duración media de los procesos incluidos en el capítulo XIII de CIE-10. La valoración se realizará en comparación con la MN de la siguiente manera:
  - Si la duración media alcanzada por los procesos de la Comunidad es igual a la MN se alcanzará el 75% del crédito.
  - En caso de que la duración media alcanzada por los procesos de la Comunidad sea superior o inferior a la MN, se valorará de forma inversamente proporcional al resultado alcanzado, con un límite superior del 130% de la media nacional y un límite inferior del 70% de la media nacional.

Por ejemplo: si la media nacional es de 70, y Cataluña alcanza 80 y otra 49, la primera tendrá un cumplimiento del 39,29% y un total de 1,18 puntos y la segunda el 100% de cumplimiento y los 3 puntos.

Este apartado se valorará siempre y cuando se hayan realizado actuaciones, por las Unidades Asistenciales Especializadas, sobre al menos el 50% de los procesos marcados.

En el ejemplo anterior en el que la CA ha marcado 1.200 procesos, para valorar este 3%, habrá tenido que certificar actuaciones, al menos en 600.

- **4 %** Por los resultados obtenidos por las Unidades Asistenciales Especializadas en Patología de Psiquiatría Menor sobre los procesos derivados a estas unidades en base al objetivo anterior.

La valoración se realizará conforme a los siguientes parámetros:

- **2%:** se asignará en función de las actuaciones realizadas por las Unidades Asistenciales Especializadas respecto de los procesos marcados con “incidencia asistencial” en la patología de Psiquiatría Menor (Capítulo V)

Se alcanzará el 100% si se realizan actuaciones sobre la totalidad de los procesos marcados. Si no se alcanza dicho porcentaje, la valoración se hará en proporción, siempre y cuando se alcance un porcentaje mínimo del 20% de actuaciones sobre los procesos marcados.

- **2%:** disminución de la duración media de los procesos incluidos en el capítulo V de CIE-10. La valoración se realizará en comparación con la MN de la siguiente manera:
  - si la duración media alcanzada por los procesos de la Comunidad es igual a la MN se alcanzará el 75% del crédito.
  - En caso de que la duración media alcanzada por los procesos de la Comunidad sea superior o inferior a la MN, se valorará de forma inversamente proporcional al resultado alcanzado, con un límite superior del 130% de la media nacional y un límite inferior del 70% de la media nacional.

Este apartado se valorará siempre y cuando se hayan realizado actuaciones, por las Unidades Asistenciales Especializadas, sobre al menos el 50% de los procesos marcados.

Sirvan los mismos ejemplos que para patología musculoesquelética.

Para el seguimiento del objetivo se deberán facilitar por el SPS, datos que permitan identificar el proceso y al interesado (en concreto, IPF del asegurado, identificación de MAP, fecha de realización de la consulta, identificación de la unidad asistencial, fecha de respuesta de la consulta).

## ■ Existencia de Médicos Consultores Especializados en determinadas patologías: 3%.

### Objetivo:

Disponer de médicos consultores especialistas en patología musculo esquelética y psiquiatría menor para que los médicos de atención primaria puedan realizar las interconsultas por los canales electrónicos (e-consulta), correo electrónico o teléfono, cuando lo consideren necesario para el adecuado seguimiento y control de la IT.

### Reparto del crédito:

En ambos grupos de patologías se conseguirá la totalidad del crédito cuando se alcance el 20% de interconsultas del total de procesos que superen el tiempo estándar, con un mínimo del 10%. Entre dichos límites la valoración se realizará en proporción.

- **2%** Actuaciones de los médicos consultores con relación a los procesos de patología musculo esquelética que superen el tiempo estándar.

Ejemplo: para una comunidad que tenga durante un año 11.966 procesos que superan el tiempo estándar en patología musculoesquelética, comenzarían a puntuar si realizasen la consulta en 1196 procesos, y la totalidad en 2393.

- **1%** Actuaciones de los médicos consultores con relación a los procesos de psiquiatría menor que superen el tiempo estándar.

Para el seguimiento del objetivo se deberán facilitar por el SPS, datos que permitan identificar el proceso y al interesado (en concreto, IPF del asegurado, identificación de MAP, fecha de realización de la consulta, identificación del médico consultor, fecha de respuesta de la consulta).

## ■ Gestión de propuestas de alta: 6%.

### Objetivo:

El SPS debe tramitar y contestar, motivadamente y en plazo, todas las propuestas de alta formuladas por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, a través del procedimiento informatizado diseñado por el INSS.

### Reparto del crédito:

- **4%** Contestación por el procedimiento del INSS, al 100% de las propuestas de alta. Valoración en proporción, siempre y cuando se alcance un 75% de propuestas contestadas o haya habido una mejora del 2% con respecto al año previo.

- **0,25%** Responder a las propuestas de alta en un plazo igual o inferior a 5 días hábiles por el procedimiento del INSS.

La valoración se realizará siempre y cuando se alcance un 75% de propuestas contestadas.

- **0,75%** En base a los resultados de un muestreo aleatorio que se realizará por las DDPP del INSS, de al menos un 10% de las propuestas de alta denegadas al trimestre, con un máximo de 50.

La valoración se realizará siempre y cuando se alcance un porcentaje mínimo del 50% de propuestas motivadas correctamente como consecuencia del muestreo. Si el porcentaje del muestreo es superior al 50% e inferior al 100% se valorará en proporción.

El seguimiento se realizará en las comisiones provinciales, en cuyas actas se recogerá el resultado de dicho muestreo. Este listado se remitirá trimestralmente por el Centro de Desarrollo a las direcciones provinciales del INSS.

- **1%** Desviación con respecto a la media nacional de los SPS del resultado de las propuestas de alta efectuadas.

## ■ **Control médico de la adecuación de la incapacidad temporal: 11%.**

### Objetivo:

Implicación, por medio de incentivos económicos, a los facultativos médicos, responsables de la emisión de los partes de incapacidad temporal.

Igualmente, se pretende que los SPS revisen los procesos de IT antes de que pasen al control del INSS, y de esta manera se puedan emitir las altas a los procesos que procedan sin esperar a la revisión por parte del INSS.

### Reparto del crédito:

- **10%** Se medirá el exceso de número de días de IT, tomando como referencia el tiempo estándar previsto para cada proceso, por cada uno de los facultativos médicos del SPS, 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.

### **Asignación del crédito a cada facultativo médico:**

- El crédito total correspondiente a este objetivo se dividirá entre el número de facultativos médicos de cada CCAA e INGESA que hayan finalizado mínimo 84 procesos de incapacidad temporal a lo largo del período de 1 de enero al 31 de diciembre de 2026.

### **Reparto del crédito asignado a cada facultativo médico:**

Una vez asignado el crédito que correspondería a cada facultativo médico, como se ha expuesto en el párrafo anterior, el reparto se realizará de la siguiente forma:

- Se accederá al 100% del mismo, cuando el número total de días de IT alcanzado de todos los procesos de IT gestionados por el concreto facultativo médico, durante el periodo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2026, sea igual o inferior al número total de días que debieron haber alcanzado, según las duraciones previstas en las tablas de duraciones estándar facilitadas por el INSS.
- No se accederá a ningún crédito, cuando el número total de días de IT alcanzado de todos los procesos de IT gestionada por el concreto facultativo médico, durante el período de 1 de enero a 31 de diciembre de 2026, sea superior al 50% del número total de días que debieron haber alcanzado, según las duraciones previstas en las tablas de duraciones estándar facilitadas por el INSS.
- El cumplimiento del objetivo se valorará de 0 a 100 en función del porcentaje de tiempo excedido con un límite del 50% del tiempo excedido, y siendo inversamente proporcional al resultado alcanzado.

Ejemplo: un médico asistencial que codifique al menos el 70% de sus procesos de IT con TE, y que al año cierre al menos 84 procesos, computará para este objetivo. Si el total del tiempo excedido en sus procesos de IT es de un 25% obtendrá un 50% del crédito destinado para él.

Para poder realizar el reparto el INSS remitirá al SPS un listado con el número de colegiado y con los importes que le correspondan a cada uno de ellos, según el reparto del crédito asignado, según lo especificado en los párrafos anteriores.

Por parte de las CCAA e INGESA se harán todos los trámites necesarios para que las cuantías que figuren en ese listado se distribuyan entre los facultativos médicos afectados, debiendo justificarse su concreto destino en la Memoria Financiera correspondiente. De lo contrario, no podrá abonarse ninguna cuantía por la consecución de este objetivo, y de haberse abonado, el INSS procederá a su reclamación.

- **1%** Control de los procesos de incapacidad temporal iniciados por SPS dentro de los 180 días siguientes a la denegación por el INSS (EVI) de un expediente de incapacidad permanente, una vez agotada la duración máxima de 545 días (Art. 174.3 del TRLGSS).

La valoración se realizará en comparación con la media nacional de las denegaciones por el INSS (EVI) de las nuevas bajas emitidas por los SPS (tras la denegación de una IP). Si se iguala la MN del INSS (EVI) se obtendrá el 50% del crédito. En caso de que el porcentaje de denegaciones sea superior o inferior a la MN INSS (EVI), se valorará de forma proporcional al resultado alcanzado, con un límite del 100%.

## ■ Reconocimientos médicos a trabajadores en IT realizados por el SGAM y resultado de los mismos en cuanto a la finalización de los procesos: 9%.

### 3% Reconocimientos médicos.

La valoración se realizará en base a la fórmula contenida en el apartado H.1 del anexo I, apartado I, en la que se toman en cuenta el número de afiliados al sistema de Seguridad Social al inicio del año en Cataluña en comparación con el resto del territorio nacional para calcular el número teórico de médicos inspectores del ICAM con una determinada actividad en la realización de reconocimientos médicos.

Se contabilizarán todos los reconocimientos presenciales efectuados en procesos de IT de menos de 365 días, incluidos los que se deriven de propuestas de alta de las MCSS.

### 6% Adecuación de la duración de los procesos de IT.

- 3% Procesos de IT de menos de 365 días. Objetivo: alcanzar la media nacional de procesos finalizados del año previo.
- 3% Procesos de IT al cumplimiento del día 365 en IT. Objetivo: obtener un porcentaje de altas inferior a la media nacional del año previo.

## ■ Formación e información: 5%.

### Objetivo:

Fomento de la formación, presencial y online, de los profesionales sanitarios de los SPS, en materia de incapacidades temporales, así como de la concienciación a los ciudadanos sobre el uso adecuado de la prestación de la IT, mediante información adecuada por los medios que sean necesarios para hacer llegar el mensaje a la población.

El conjunto de las acciones formativas recogidas en este objetivo incluirá la participación de al menos el 15% de los médicos de Atención Primaria (MAP) de cada Comunidad. De este 15%, el 10% se contabilizará para el apartado de “Cursos en centros de salud y Jornadas” y el 5% restante para “los cursos on-line sobre incapacidad laboral”.

## Reparto del crédito

### **1,50% Cursos en Centros de Salud y Jornadas sobre Incapacidad Temporal y otras prestaciones de la Seguridad Social.**

Del 10% total, la Comunidad Autónoma e INGESA podrán, 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.

El cálculo del 10% de médicos formados se realizará en cada provincia, de forma que la puntuación para la Comunidad Autónoma y el INGESA, será la media de la suma de puntos de todas las provincias. La participación será certificada por el SPS (n.º de médicos que acuden a la formación / n.º de médicos de la plantilla).

- Las charlas en centros de salud con participación INSS y/o MCSS además del SPS.
- Las jornadas y cursos sobre incapacidad temporal y otras prestaciones de la Seguridad Social con participación del INSS y/o MCSS además del SPS. Con una duración mínima de 4 horas de las cuales 1,30 horas será para la participación del INSS y/o MCSS.
- Cursos online con participación del INSS y/o MCSS, organizados por el SPS.

### **0,25% Buenas prácticas en IT**

- Una vez al semestre se enviará por parte del INSS a las inspecciones de los SPS una relación de buenas prácticas en incapacidad temporal, destinada al médico asistencial del SPS. Esta relación tiene como objetivo refrescar conceptos clave de la gestión de la incapacidad temporal en la consulta del médico asistencial, intentando dar respuesta a numerosas dudas que se plantean frecuentemente en los cursos y jornadas realizadas en los centros de salud, así como en el curso online sobre esta materia, en la que participan como ponentes INSS y/o MCSS. La valoración se realizará por certificado expedido por el SPS acreditando este extremo.

### **0,50% Formación MIR.**

- Formación mínima de 5 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 teniendo en cuenta el número de MIR de 3º y 4º año de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria comunicados por las unidades docentes a la inspección del SPS en el mes de febrero del año en curso, y los que finalmente hayan rotado en las inspecciones de los SPS al finalizar el año en curso. Dichas inspecciones comunicaran a los servicios centrales del INSS al finalizar el mes de febrero del año en curso el

número de MIR comunicados por las unidades docentes y al finalizar el año, el número de MIR que realmente han rotado.

#### **2,50% Cursos On-line sobre incapacidad laboral.**

Del 5% total, 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 y MIR de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y de Medicina del Trabajo.

El cálculo del 5% de médicos formados se realizará en cada provincia, de forma que la puntuación para la Comunidad Autónoma y el INGESA, será la media de la suma de puntos de todas las provincias. La participación será certificada por el SPS (n.º de médicos que acuden a la formación / n.º de médicos de la plantilla).

- El curso tendrá una duración mínima de 30 horas lectivas y su contenido versará sobre aspectos normativos de incapacidad temporal, valoración clínico-laboral de patologías más prevalentes en IT y un módulo específico de gestión de IT a definir por cada SPS.
- Será precisa la firma de un convenio específico entre cada CCAA e INGESA con el INSS y la Fundación de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid) como entidad responsable del desarrollo del curso. Cada CCAA e INGESA se compromete a matricular el número de alumnos que les corresponda en cada edición para alcanzar el objetivo propuesto.
- La valoración del cumplimiento del objetivo se realizará en función del número de alumnos del cupo asignado que superen el curso mediante el acceso al mismo, así como que superen la prueba de evaluación, permitiéndose que un 5% no finalice el curso, siempre y cuando la inscripción haya sido del 100% del cupo asignado.

#### **0,25% Información a los ciudadanos.**

- **0,25%** Campañas de concienciación, 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 alguna de las siguientes opciones:

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

## ■ **Objetivos específicos: 1%.**

### Objetivo:

Se pretende dar acogida cada año a determinados objetivos, a elección de los SPS, orientados, entre otros, a la modernización de procesos informáticos, a la implantación de técnicas sanitarias, acciones de coordinación necesarias y urgentes y estratégicas de gestión del conocimiento, así como pilotar, en fase experimental, determinados proyectos que una vez consolidados puedan generalizarse en el sistema y otros caracterizados. Este objetivo debe caracterizarse por su especificidad, en su ejecución temporal, en su concreción, en función de las necesidades de gestión o control existentes en cada momento.

### Reparto del crédito:

 **1%** Objetivos específicos.

**0,75%** objetivo específico: control de los hiper-frecuentadores

Se propone la realización de un objetivo específico dirigido al control de los trabajadores hiperfrecuentadores, entendiéndose como tales aquellos que a lo largo de un año natural tenga encadenadas, sean consideradas como recaídas o no, un mínimo de 6 procesos de incapacidad temporal.

En el año 2024 70.000 trabajadores tuvieron 6 ó más procesos de IT, lo que supuso un total de 700.000 procesos de IT.

El SP deberá elaborar y presentar en el INSS dentro del primer semestre del año, el certificado de haber iniciado la implantación de herramientas informáticas con las que sea posible el bloqueo de la emisión del sexto y sucesivos partes de baja de IT para un mismo trabajador y para el año en curso, hasta que la Inspección Médica del SPS supervise la pertinencia o no de su emisión tras la revisión del proceso.

**0,25%** Control de la actuación llevada a cabo por la Inspección del SPS. Se realizarán controles sobre la actuación realizada por la Inspección del SPS, tras el bloqueo en la emisión del parte de baja conforme al apartado anterior. Se valorará la actuación y los resultados obtenidos en comparación en la media nacional.

## **OBJETIVOS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO: 40%.**

### ■ **Indicador: Coste/afiliado/mes: 16%.**

✚ Valoración conforme se establece en el Plan de Actuaciones que acompaña al Convenio.

✚ El coste se calculará con datos total sistema.

### ■ **Indicador incidencia 8%.**

✚ Incidencia total sistema (n.º nuevos procesos/1000 afiliados).

### ■ **Indicador incidencia 16%.**

✚ Indicador sobre prevalencia total sistema (n.º procesos en vigor/1000 afiliados).

- **5% Mes 1º.**
- **5% Mes 2º.**
- **1,5% Mes 3º**
- **4,5 % Mes 4º al 12º (0,50% cada mes).**

La valoración de los **tres indicadores** se realizará conforme se establece en el Plan de Actuaciones que acompaña al Convenio.