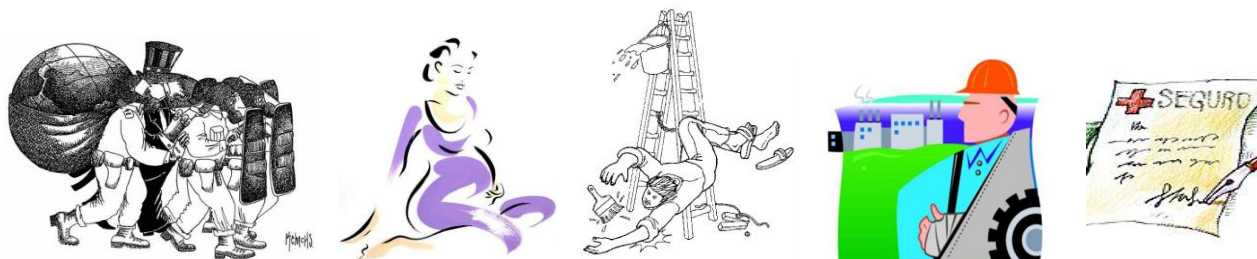


MUTUAS



Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social intervienen de forma directa en todo lo relacionado con la prevención de riesgos laborales y con la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras; siendo en el campo de la prevención donde deben centrar sus esfuerzos, además de fomentar la actuación responsable e independiente de sus técnicos y demás profesionales. (De ahí la importancia que tienen por su incidencia en una parte muy importante de nuestra salud).

El objetivo de este documento es recoger, de una forma sencilla, los aspectos fundamentales sobre las mutuas. En él hemos intentado plasmar qué son, cuáles son sus competencias y ámbitos de actuación, sus obligaciones y las nuestras como trabajadores, así cómo los derechos que nos asisten. También hemos recogido las pautas de actuación ante distintos supuestos que se pueden dar en nuestra vida laboral.

Esperemos que os sea de utilidad para la intervención sindical en vuestras empresas; con eso habremos cubierto el objetivo propuesto.

¿Qué son?

Las mutuas son asociaciones de empresarios que colaboran con la seguridad social en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cubriendo todas las prestaciones tanto económicas como sanitarias y asistenciales. En la realización de estas actividades están sometidas a la inspección y control del Ministerio de Trabajo.

Su colaboración en la gestión comprende las siguientes actividades:

- Colaboración en la gestión de las contingencias derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- Colaboración en la gestión de prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.



- Actuación como sociedades de prevención.

La decisión de asociarse a una mutua o a otra corresponde al empresario. No obstante, este tiene la obligación de consultar a los representantes de los trabajadores.

Según el RD 1129/2008, la denuncia del convenio de asociación para cambio de mutua debe estar suficientemente motivada, con informe preceptivo de la representación unitaria de los trabajadores. Estos informes deben ser considerados por la Tesorería General de la Seguridad Social como elementos de juicio necesarios para admitir la solicitud de cambio y nueva adhesión, por lo que es necesario que los delegados sepan elaborar informes valorativos que tengan la entidad y el peso suficiente para inclinar la decisión de la Seguridad Social hacia nuestra valoración.

Colaboración en la gestión de las contingencias derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional

En su papel de entidades gestoras de las prestaciones por accidente de trabajo y enfermedades profesionales, las mutuas deben prestar una serie de servicios que se financian con un porcentaje de la cuota de accidentes de trabajo que mensualmente pagan las empresas asociadas.

Estos servicios son:

Asistencia sanitaria y rehabilitadora

Cuando un trabajador sufre un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, la mutua llevará a cabo la prestación de servicios médicos y farmacéuticos para restablecer la salud de los trabajadores, así como su aptitud para el trabajo. Las mutuas pueden dar altas y bajas por estas contingencias.

La asistencia sanitaria que se preste al trabajador comprenderá: el tratamiento médico quirúrgico, las prestaciones farmacéuticas y, en general todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas; el suministro y renovación normal de los aparatos de prótesis y ortopedia y los vehículos para minusválidos; la cirugía plástica y reparadora, y por último, el tratamiento rehabilitador.

La mutua puede prestar estos servicios bien con recursos propios o bien concertándolos con la sanidad privada o pública.

Dentro de la atención médica sanitaria están incluidas tanto las referidas a la recuperación física como a la psicológica del trabajador o trabajadora.



Prestación económica

La prestación económica por incapacidad temporal (IT) trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando a causa de una enfermedad o accidente existe la imposibilidad temporal para trabajar y, a demás, se precisa asistencia sanitaria.

Las prestaciones económicas que tengan su origen en un accidente de trabajo o enfermedad profesional son abonadas por las mutuas al beneficiario, mediante lo que se conoce como **pago delegado**.

Aspectos a tener en cuenta

Cuantía

La cuantía de la prestación económica por IT derivada de las contingencias profesionales es del 75 por ciento de la base reguladora, pudiendo verse incrementada hasta el 100 por cien a través del convenio colectivo.

Plazo de percepción

El plazo de percepción será de 12 meses prorrogables por otros 6 más.

Tipos de incapacidad

Cuando las lesiones del trabajador son permanentes y no existe, en principio, posibilidad de recuperación, se genera una situación de incapacidad.

La Ley General de la Seguridad Social distingue distintos tipos de incapacidad:

Incapacidad permanente parcial

- Es aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución superior al 33 por ciento en sus rendimientos normales para su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.
- La cuantía de la prestación será una cantidad a tanto alzado, equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora.

Incapacidad permanente total

- Es la incapacidad que inhabilita para el desarrollo de la profesión habitual.
- La cuantía de la prestación será una pensión vitalicia que se calcula aplicando un 55 por ciento de la Base Reguladora. También puede consistir en una cantidad a tanto alzado.



- Es compatible con otra actividad laboral que no sea la profesión habitual.
- Se extingue la relación laboral que genera la incapacidad; es decir, se pierde el empleo.

Incapacidad permanente total cualificada: Se define igual que la Incapacidad Permanente Total pero por razones de edad (tener cumplidos 55 años), falta de preparación, circunstancias socio-laborales u otras similares, se presume la dificultad para obtener un empleo diferente al habitual y se traduce en un incremento del 20 por ciento a la cuantía de la prestación; es decir, sería de un 75 por ciento.

Incapacidad permanente absoluta

- Es la incapacidad que inhabilita para el desempeño de cualquier profesión. Genera una prestación del 100 por cien de la Base Reguladora.

Gran invalidez

- Incapacidad que requiere ayuda de otras personas para realizar funciones esenciales.
- Genera una prestación del 100 por cien, más un 50 por ciento destinado a remunerar a la persona que atiende al gran inválido. A petición del interesado, también puede consistir en el 100 por cien con alojamiento y cuidado a cargo de la Seguridad Social.

Lesiones permanentes no invalidantes

- Son aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, que, sin llegar a constituir una invalidez permanente, suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador o trabajadora.
- Es una indemnización única que está recogida en un baremo publicado oficialmente.
- El trabajador sigue trabajando en su empresa.

¿Por qué es importante que se reconozcan las contingencias profesionales?

Porque implica una serie de ventajas, tanto para el trabajador como para el sistema. Algunas de estas **ventajas** son:



Económicas:

- El tratamiento médico-farmacéutico es gratuito en el caso de contingencias profesionales, mientras que en la común el enfermo tiene que pagar el 40 por ciento de los medicamentos.
- Durante el periodo de baja los porcentajes de la base reguladora son más altos en contingencia profesional que en común, así como posibles incapacidades posteriores.
- Para poder tener derecho a la prestación económica derivada de incapacidad temporal por accidente de trabajo o enfermedad profesional no es necesario acreditar ningún periodo de carencia, mientras que para contingencias comunes es necesario haber cotizado durante un período mínimo de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores.
- La forma de calcular la incapacidad temporal, así como las demás prestaciones, suele ser más beneficiosa en las contingencias profesionales que en las comunes.

Si la contingencia es profesional, proporciona una buena base para solicitar indemnizaciones por posibles incumplimientos empresariales de la normativa de prevención de riesgos laborales, como por ejemplo el **recargo de prestaciones**

Recargo de prestaciones

Si se considera que el accidente o enfermedad profesional se ha producido por falta de medidas de prevención o de protección por parte del empresario, todas las prestaciones económicas que pudieran derivarse de ese accidente o enfermedad se podrán incrementar según la gravedad de la infracción entre un 30 y un 50 por ciento.

El pago de esta prestación recae directamente sobre el empresario, y para conseguirla, la persona afectada, sus familiares y/o los delegados de prevención podrán realizar una denuncia a la Inspección de Trabajo, solicitando en la misma el recargo de prestaciones, o bien directamente ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Preventivas

Si una contingencia es declarada como profesional, contribuye a hacer visible el riesgo laboral, impidiendo que el sistema público de salud asuma lo que es un coste empresarial y permitiendo que se establezcan las medidas preventivas necesarias para evitar estos daños.



Prestaciones especiales

Son las prestaciones complementarias especiales de carácter social, que se conceden a trabajadores que ha sufrido un accidente de trabajo o padecen una enfermedad profesional. Para ello las mutuas, constituyen un Fondo de Prestaciones Especiales al que destinan parte de sus excedentes de gestión.

Este fondo es administrado por una comisión formada por representantes de los empresarios y representantes de los trabajadores de las empresas asociadas.

A modo de ejemplo, las ayudas pueden cubrir total o parcialmente necesidades como:

- Ayudas a grandes inválidos para la adecuación de la vivienda u otras necesidades específicas.
- Becas para la readaptación laboral y para cursos especiales.
- Prótesis, elementos ortopédicos o útiles que ayuden al accidentado en sus actividades y/o mejoren su calidad de vida.
- Gastos extraordinarios de desplazamiento fuera de la localidad de residencia para familiares o personas que convivan con los trabajadores accidentados.

Para tener acceso a estas ayudas siempre es necesario hacer una solicitud por escrito dirigido a la Comisión de Prestaciones Especiales de la Mutua (normalmente todas las mutuas suelen tener un modelo de solicitud que puedes pedir).

Pueden solicitar esta prestación la propia persona que ha sufrido el accidente o enfermedad o sus familiares (derechohabientes).

Esta prestación es poco utilizada porque es poco conocida.

Control de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes

Cuando un accidente o enfermedad no se deriva del trabajo, entonces la incapacidad temporal será por contingencias comunes.

En 1995 se produjo un antes y después en la gestión y seguimiento de las bajas médicas de origen común o extralaboral. Desde ese año las mutuas están autorizadas para realizar la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal, siempre que el empresario lo concierte por escrito. Como delegados sindicales nuestra posición debe ser que la totalidad de las contingencias comunes se realice a través de la Seguridad Social, por lo que debemos expresar nuestra disconformidad.



La petición de la empresa de contratar la gestión de la IT por contingencias comunes con la mutua debe ir acompañada de un informe del comité de empresa y/o del delegado de personal, informe que es preceptivo pero no vinculante para el empresario.

Al no ser vinculante, su inexistencia no supone la anulación del contrato pero sí un defecto de forma. En Cataluña la Inspección de Trabajo ha entendido que es una obligación de la mutua controlar que el contrato se ajusta a la normativa, por lo que ante la ausencia de informe, debiendo existir éste, ha procedido a sancionar a la empresa y a la mutua. (Art. 69, art. 61.3 del RD 1993/95, Reglamento sobre Colaboración de las MATEPSS.)

En la gestión económica de la incapacidad temporal por contingencias comunes la mutua puede ejercer las siguientes funciones:

- Gestión de la prestación económica de IT por enfermedad común a partir del día 15 de la baja.
- **Desde el primer día de baja** la mutua puede realizar reconocimientos médicos al trabajador. El trabajador no puede negarse, puesto que la negativa infundada puede dar lugar a la extinción de la prestación. Estos reconocimientos suelen realizarse en las instalaciones de la mutua, aunque también pueden tener lugar en las empresas o en otras instalaciones siempre que sean adecuadas.

Los médicos de las mutuas no podrán realizar revisiones médicas de control en los domicilios de los trabajadores sin nuestro expreso consentimiento (la inviolabilidad del domicilio es un derecho constitucional).

En los casos de comparecencia requerida por las entidades gestoras o MATEPSS para la realización de exámenes o valoraciones médicas, tanto en los casos de contingencias comunes como en los de contingencias profesionales, aquéllas abonarán los gastos de transporte que se originen al trabajador por dicha asistencia.

En los casos de precisar el trabajador asistencia sanitaria derivada de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional se le abonarán todos los gastos de transporte ocasionados.

El traslado debe realizarse en transporte público; la utilización de otros medios –como un taxi o el coche particular– a causa de la dificultad de los desplazamientos u horarios de los mismos debe ser previamente autorizada por el médico o por la entidad gestora.

- La mutua puede hacer propuesta de alta médica, si bien no puede dar el alta directamente, y puede también realizar actuaciones sanitarias tales como pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Estas actuaciones son voluntarias para el trabajador y deben contar con su consentimiento. Además se necesita la prescripción previa de la prueba o intervención por un médico del sistema público.



Debe quedarnos claro que el médico de la mutua sólo puede realizar revisiones médicas de control y nuestra obligación es asistir a estas revisiones.

Oficina Virtual de Reclamaciones

Los trabajadores que estén disconformes con la atención que han recibido por parte de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social pueden plantear ante el Ministerio de Trabajo e Inmigración la reclamación a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones a Mutuas en la página de la Seguridad Social www.seg-social.es, en la dirección <http://www.ovrmatepss.es/virtual/>. La oficina virtual se complementa con un servicio de atención telefónica –902 112 651– que informará a los trabajadores sobre las prestaciones de las mutuas. Esas nuevas vías de reclamación se suman a la ya existente: presentar reclamaciones mediante formularios disponibles en las diversas ventanillas de cada una de las mutuas. Estas reclamaciones también se pueden gestionar desde los servicios de asesoramiento del sindicato, aclarando que se hace en nombre del trabajador y adjuntando sus datos personales.

Actuación de las mutuas como servicios de prevención

El RD 688/2005 obligó a las mutuas a constituir Sociedades Anónimas o Limitadas, llamadas Sociedades de Prevención, las cuales tienen que cumplir todas las disposiciones relativas a los Servicios de Prevención Ajenos para desarrollar su actividad.

Las Sociedades de Prevención de las mutuas pueden actuar como Servicios de Prevención Ajeno sólo para sus empresas asociadas. Las actividades que pueden desarrollar en este ámbito son:

- Evaluación de los riesgos laborales y verificación de la eficacia de la acción preventiva en la empresa, incluyendo las mediciones, tomas de muestras y análisis necesarios.
- Elaboración e implantación de planes y programas de prevención.
- Asistencia técnica para la adopción de medidas preventivas.
- Elaboración de planes y programas de formación.
- Impartición de la formación a los trabajadores.
- Aplicación de medidas concretas establecidas en las reglamentaciones específicas.
- Vigilancia de la salud de los trabajadores (reconocimientos médicos específicos en función de los riesgos del puesto de trabajo).



Problemas y discrepancias más frecuentes:

La mutua no quiere darnos la baja y nos envía a la Seguridad Social, no asumiendo el origen laboral de la contingencia

El procedimiento a seguir será:

- a. En primer lugar, rellenar una Hoja de Reclamaciones en la mutua describiendo de forma ordenada los hechos sucedidos.
- b. Acudir al sindicato (el trabajador o sus representantes) para ponerlo en conocimiento de los responsables de salud laboral quienes se pondrán en contacto con la mutua.
- c. Acudir al médico de cabecera para solicitar una baja laboral por contingencias comunes.
- d. A través de tu médico de cabecera o de la Inspección Médica debes solicitar al EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades) una determinación de contingencias para que determine su origen laboral o no.
- e. Si existe negativa por parte de la empresa de emitir parte de accidente de trabajo, debemos ponerlo en conocimiento de la Inspección de Trabajo.

El médico de la mutua nos da el alta médica y no estamos de acuerdo

Cuando tras un período de Incapacidad Temporal el médico de la mutua nos da el alta y no estamos de acuerdo con la misma porque consideramos que persisten problemas de salud que nos impiden la reincorporación al trabajo, debemos seguir los siguientes pasos:

1. En primer lugar, debemos rellenar una Hoja de Reclamaciones donde señalemos claramente las razones de nuestra disconformidad, pidiendo expresamente la revisión del alta.
2. Acudir al sindicato (el trabajador o sus representantes) para ponerlo en conocimiento de los responsables de salud laboral, quienes se pondrán en contacto con la mutua.
3. Al mismo tiempo el trabajador deberá solicitar la baja por contingencia común a su médico de Atención Primaria. Si el SPS sospecha que la nueva baja tiene relación con la que le dio la mutua, deberá informar al trabajador de la posibilidad de reclamar; así mismo, informará de manera inmediata al INSS de la existencia de dos procesos de IT que podrían estar relacionados.



4. También podemos impugnarla mediante Reclamación Previa Administrativa ante el INSS en los 30 días siguientes de la fecha de notificación del alta. En caso de contestación negativa o de silencio, se puede acudir a la vía judicial a través del Juzgado de lo Social en el plazo de dos meses.

Desde el 01 de octubre de 2009 ha entrado en vigor un procedimiento de revisión de altas médicas.

Este procedimiento se inicia a instancia del interesado, teniendo un plazo de **4 días naturales** siguientes a la notificación del alta médica, para presentar ante el INSS su disconformidad, usando un Modelo Reglamentario (disponible en la página Web de la seguridad social www.seg-social.es); este documento debe ir acompañado, necesariamente, del historial médico previo relacionado con el proceso de IT o la copia de haber solicitado a la mutua dicho historial.

El trabajador que inicie el procedimiento de revisión lo debe comunicar a la empresa el mismo día o el día siguiente hábil de presentar su solicitud, a través de un Modelo Reglamentario (disponible en la página Web de la seguridad social www.seg-social.es).

El Director Provincial emite en el plazo de 15 días hábiles –a contar desde la aportación de la documentación solicitada a la mutua– **RESOLUCIÓN**, que puede ser:

- » Confirmación del alta de la mutua.
- » Mantenimiento de la situación de IT, al considerar que el trabajador todavía tiene dolencias.
- » Declaración de nulidad del alta de la mutua, si el trabajador se recupera durante el proceso de reclamación, por considerarla prematura.
- » Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de IT, cuando existe baja por el sistema público de salud; la resolución conllevará (si se confirma la baja) la determinación de contingencia, regularizándose los pagos si la consideración es contingencia profesional.

Desde la presentación de la solicitud de revisión el trabajador se considera en situación de baja, percibiendo la prestación de IT derivada de contingencia profesional. Sin embargo, si el INSS confirma el alta extendida por la mutua, el trabajador deberá devolver el importe de la prestación percibida en ese periodo.

IMPORTANTE: no deberá devolver la prestación recibida por contingencia común si se hubiera dado el caso.



Recaída

Situación en la que se encuentra el trabajador cuando, en un período máximo de seis meses después de ser dado de alta por accidente de trabajo, vuelve a tener síntomas relacionados con el mismo.

Si durante este periodo hay cambio de mutua, la asistencia sanitaria deberá prestarla la primera mutua, a no ser que la segunda acepte atender el proceso.

La calificación o no como recaída tiene importantes efectos económicos:

- Si se considera recaída, la cuantía de la prestación será la misma que la percibida durante el periodo de baja anterior.
- Si no se considera recaída, se calculará de nuevo la cuantía de la prestación

Mala práctica médica

Cuando consideramos que el médico de la mutua ha realizado una práctica incorrecta debemos rellenar una hoja de reclamaciones y formular una reclamación previa al INSS.

Desacuerdo con los datos que aparecen en el parte de accidentes

Si cuando recibes la copia del parte de accidentes no estás de acuerdo con los datos que aparecen podemos denunciarlo ante la Inspección de Trabajo.

El médico de la mutua nos da el alta pero seguimos haciendo rehabilitación

Si el médico de la mutua nos da el alta pero aun tenemos que seguir haciendo rehabilitación, lo primero que tenemos que hacer es asegurarnos de que el trabajo que estamos desempeñando es adecuado a nuestro estado de salud.

Si no fuera así, debemos pedir a la mutua que nos vuelva a dar la baja o que se adapte el trabajo a nuestras condiciones de salud.

En la mutua no me quieren dar el informe de mi estado de salud

Todo paciente tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud; por lo tanto, si en la mutua se niegan, debemos hacer una petición por escrito citando expresamente la Ley 41/2002, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Prestación del subsidio riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

Muchos de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores (físicos, químicos, biológicos o los ligados a la organización del trabajo) pueden producir efectos negativos importantes, afectando a la capacidad reproductiva de ambos y originando alteraciones en su descendencia.

Estos efectos incluyen tanto trastornos previos a la concepción (reducción del deseo sexual, fertilidad o alteraciones de la menstruación), como alteraciones que se presentan después de la concepción (aborto espontáneo, muerte fetal, anomalías congénitas, prematuridad, etc.).

La Ley Orgánica para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres introduce novedades en la gestión de la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, siendo ahora las MUTUAS quienes ejercen dicha gestión.

Las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo y lactancia natural pasan del 75 por ciento de la base reguladora al 100 por cien, considerando ambas prestaciones, como contingencias profesionales.

¿Qué es el riesgo durante el embarazo?

Es la situación en que se encuentra la trabajadora durante el periodo de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, cuando debiendo cambiar de puesto de trabajo, por influir este negativamente en su salud o en la del feto, a otro compatible con su estado, dicho cambio no resulte posible o no pueda exigirse por motivos justificados.

¿Qué trámites debemos de realizar?

La trabajadora deberá comunicar a la entidad gestora o mutua la suspensión del contrato o actividad por riesgo durante el embarazo, acompañado por:

- Informe del médico del servicio público de salud que la asiste.
- Declaración de la empresa sobre los trabajos y actividades realizadas, condiciones del puesto de trabajo, categoría, riesgo específico...

Los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua emitirán certificado médico acreditando que las condiciones del puesto influyen negativamente en la de la trabajadora y/o del feto.

La trabajadora presentará la solicitud, según modelo oficial, a la que acompañará además de los documentos indicados anteriormente:

- Declaración de la empresa sobre inexistencia de otro puesto compatible con su estado.
- La documentación necesaria para acreditar la identidad y las circunstancias determinantes del derecho.



¿Dónde se tramita?

La solicitud y documentación indicada puede entregarse en cualquiera de los centros de la entidad gestora (INSS) o de la mutua.

El Director Provincial de la entidad gestora de la provincia en que resida la interesada, dictará y notificará la resolución a la interesada en el plazo de 30 días.

¿Cuándo se inicia la prestación?

El derecho nace el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo.

¿Qué es el riesgo durante la lactancia natural?

Es la situación en que se encuentra la trabajadora durante el periodo de suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia natural de un menor de 9 meses, en los casos que debiendo cambiar de puesto de trabajo, por influir este negativamente en su salud o en la del hijo, a otro compatible con su situación, dicho cambio no resulte posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

¿Qué trámites debemos de realizar?

La trabajadora deberá comunicar a la entidad gestora o mutua la suspensión del contrato o actividad por riesgo durante el embarazo, acompañado por:

- Informe del médico del servicio público de salud que la asiste.
- Declaración de la empresa sobre los trabajos y actividades realizadas, condiciones del puesto de trabajo, categoría, riesgo específico...

Los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua emitirán certificado médico acreditando que las condiciones del puesto influyen negativamente en la de la trabajadora y/o del hijo.

La trabajadora presentará la solicitud, según modelo oficial, a la que acompañará además de los documentos indicados anteriormente:

- Declaración de la empresa sobre inexistencia de otro puesto compatible con su estado.
- La documentación necesaria para acreditar la identidad y las circunstancias determinantes del derecho.

¿Dónde se tramita?

La solicitud y documentación indicada puede entregarse en cualquiera de los centros de la entidad gestora (INSS) o de la mutua.



El Director Provincial de la entidad gestora de la provincia en que resida la interesada, dictará y notificará la resolución a la interesada en el plazo de 30 días.

¿Cuándo se inicia la prestación?

El derecho nace el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante la lactancia.