las mutuas:
todo lo que necesitas saber

CCOO

www.ccoomadrid.es

VI Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales
de la Comunidad de Madrid (2021-2024)

Comunidad de Madrid

las mutuas:
todo lo que necesitas saber

Las mutuas: todo lo que necesitas saber

1ª edición: diciembre de 2016

2ª edición: diciembre de 2021

Promueve: Comisiones Obreras de Madrid

Elabora: Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Colabora: Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad de Madrid

Realización e impresión: Unigraficas GPS

D.L.: M-34945-2021

VI Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2021-2024)

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del VI Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2021-2024 y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

ÍNDICE

Presentación 7

1. Seguridad Social 9

1.1. ¿Qué es el sistema de la Seguridad Social? 9
1.2. ¿Cuáles son los niveles de protección? 9
1.3. ¿Quiénes están incluidos en la modalidad no contributiva? 10
1.4. ¿Quiénes están incluidos en la modalidad contributiva? 10
1.5. ¿Cuál es la acción protectora de la Seguridad Social? 11
1.6. ¿Quién se encarga de la gestión y administración de la Seguridad Social? 12

2. Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social 15

2.1. Evolución histórica de las Mutuas 15
2.2. Hasta la actualidad 16
2.3. ¿Cuales son los órganos de gobierno de la mutua? 19
2.4. ¿Cuáles son los órganos de participación? 20
2.5. ¿A qué tipo de control están sometidas? 21
2.6. ¿Qué es el Convenio de Asociación? 22

3. Incapacidad Temporal (IT) 23

3.1. ¿Qué es? 23
3.2. ¿Qué requisitos son necesarios? 23
3.3. ¿Cómo se sabe lo que se va a cobrar? 26
3.4. ¿Cuánto se cobra? 27
3.5. ¿Quién paga cuando se está en situación de Incapacidad Temporal? 27
3.6. ¿Qué es el parte de baja? 29
3.7. ¿Quién puede citar para un reconocimiento médico? 32
3.8. Personas autónomas e incapacidad temporal 34
3.9. ¿Cuánto dura la Incapacidad Temporal? 34
3.10. Antes de los 365 días 35
3.11. Cuando se llega a los 365 días 36
3.12. A partir de los 545 días 41
3.13. ¿Cuándo se extingue el derecho al subsidio de la Incapacidad Temporal? 45

4. Incapacidad Permanente 45
4.1. ¿Qué grados hay de Incapacidad Permanente? 46
4.2. ¿Qué se entiende por profesión habitual? 46
4.3. ¿Se necesita un período mínimo de cotización para acceder a estas prestaciones económicas? 47
4.4. ¿Cuál es el procedimiento de calificación de la Incapacidad Permanente? 49
4.5. ¿Es revisable la situación de Incapacidad Permanente? 50
4.6. ¿Y si la Incapacidad Permanente viene derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional? 51

5. Lesión Permanente No Invalidante 51
5.1. ¿Qué es? 51
5.2. ¿En qué consiste la prestación? 51
5.3. ¿Se puede seguir trabajando? 51
5.4. ¿También se cobra recargo de prestaciones? 52

6. Mutuas e IT por Contingencias Profesionales 52
6.1. ¿Qué pasa si la mutua dice que la baja no es profesional? 52
6.2. Determinación de la contingencia 53
6.3. ¿Qué se puede hacer si la mutua da el alta médica en contingencias profesionales? 55
6.4. Procedimiento de revisión de alta médica realizada por la mutua 56
6.5. Recargo de prestaciones 57
6.6. ¿Por qué es importante que se reconozcan las contingencias profesionales? 58

7. Las mutuas y la Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes 72
7.1. ¿Cuánto dura el contrato con la mutua? 72
7.2. ¿Qué competencias tiene la mutua? 73
7.3. ¿Quién controla la baja? 73
7.4. ¿Me puede citar la mutua aunque la baja me la dé el servicio público de salud? 74
7.5. Propuesta de alta médica realizada por la mutua 76

8. Cese de actividad 77
8.1. ¿Qué es la Protección por cese de actividad? 77
8.2. ¿Con quién se formaliza esta opción? 78

8.3. ¿Cuáles son las causas de situación legal de cese de actividad? 78
8.4. ¿Qué no es considerado situación legal de cese de actividad? 79
8.5. ¿Qué requisitos se exigen para acceder al cese de actividad? 79
8.6. ¿Cuáles son las causas de la extinción de la prestación por cese de actividad? 80

9. Cobertura prestaciones durante el riesgo por embarazo y lactancia natural 82
9.1. ¿Qué es la suspensión del contrato? 82
9.2. ¿Quién paga? 82
9.3. ¿Cuánto dura la prestación por riesgo durante el embarazo? 83
9.4. ¿Cuánto dura la prestación por riesgo durante la lactancia natural? 83
9.5. ¿Cómo es el procedimiento? 83
9.6. ¿Qué características tiene la prestación? 84

10. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave 85
10.1. ¿Qué es? 85
10.2. ¿Qué características son necesarias? 85
10.3. ¿Cuánto se cobra? 86
10.4. ¿Quién paga? 87

11. Actividades Preventivas 87

12. BONUS 90
12.1. ¿En qué consiste? 90
12.2. ¿Cuánto se reduce? 91
12.3. ¿Qué características tiene? 91

13. Reclamaciones 91
13.1. ¿Cómo reclamar en la mutua? 91
13.2. Red de interlocución con las mutuas 92
13.3. Reclamación administrativa previa en materia de prestaciones de Seguridad Social 93

14. MÁS PREGUNTAS 95

PRESENTACIÓN

A diario nos llegan reclamaciones de personas trabajadoras que alegan malas prácticas por parte de las mutuas: altas sin estar en condiciones para trabajar, derivación a la Seguridad Social cuando es contingencia profesional, problemas varios en la gestión por riesgo durante el embarazo, citación excesiva a reconocimiento de la Incapacidad Temporal, etc.

La participación que tenemos como personas trabajadoras en las mutuas es escasa. Se limita a las comisiones de control y seguimiento, la comisión de prestaciones especiales y a estar en el consejo de administración (como persona empleadora, representando a tus trabajadoras y a tus trabajadores). También es escasa la participación dentro de las empresas con relación a las mutuas, básicamente se pide informe de la representación para el convenio de asociación, pero no tiene fuerza vinculante, es decir, la empresa tiene la última palabra.

En CCOO somos conscientes de la gran problemática existente alrededor de la gestión de las mutuas colaboradoras, por eso defendemos, entre otras cosas, la creación de mecanismos, más rápidos y efectivos, que solucionen las discrepancias que puedan surgir entre las mutuas y las personas trabajadoras; una mayor participación sindical en la gestión de las mutuas; el fomento de la codecisión en la elección y/o cambio de mutua; una mayor participación en las decisiones y que nuestras opiniones adquieran carácter vinculante; una norma que regule el número de reconocimientos médicos que pueden realizar, reduciéndose a los estrictamente necesarios. En definitiva, buscamos priorizar la salud de las personas trabajadoras sobre lo económico.

En esta lucha de defensa de la salud en el seno de las empresas con relación a las mutuas os necesitamos como delegadas y delegados de prevención, así como personas trabajadoras. Por ello, os dotamos de herramientas y actualizamos esta guía de la primera edición de diciembre de 2016, en la que hemos introducido las modificaciones que la normativa ha ido realizando durante estos cinco años. Igualmente, hemos adaptado algunas partes en lenguaje y estructura, ya que somos conscientes de lo ardua que puede ser la materia, para intentar facilitaros su lectura y entendimiento.

Esperamos que os sea un instrumento útil para vuestra acción diaria en los centros de trabajo y os sirva para abordar la complejidad normativa de la gestión de

las diferentes incapacidades temporales, así como supervisar y limitar el papel de las mutuas a lo estrictamente legal.

Esta guía se enmarca dentro de las actuaciones que desde CCOO Madrid realizamos en el VI Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2021-2024.

Ana Belén Casado Peñas
Secretaria de Salud Laboral de CCOO de Madrid

1. SEGURIDAD SOCIAL

1.1. ¿QUÉ ES EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL?

Es un sistema público que otorga prestaciones sociales con el fin de prever, reparar o superar determinadas situaciones de infortunio o estados de necesidad concretos en la población.

La Seguridad Social hace referencia al bienestar de las ciudadanas y los ciudadanos.

1.2. ¿CUÁLES SON LOS NIVELES DE PROTECCIÓN?

En la actualidad, existen los siguientes niveles de protección de la Seguridad Social:

1. **Nivel no contributivo o básico:** asegura a todas las personas en estado de necesidad protegible una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o haya sido insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva.

Importante la aprobación del **ingreso mínimo vital**, que es una prestación económica dirigida a prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas que viven solas o en unidades de convivencia y carecen de recursos económicos básicos y, por tanto, se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Real Decreto-Ley (RDL) 20/2020

2. **Nivel contributivo o profesional:** protege a las personas (y a los familiares o asimilados que tuviera a su cargo) frente a determinadas situaciones de necesidad. Esta prestación va en función de la contribución realizada al Sistema de Seguridad Social, y siempre que se superen determinados requisitos para acceder a ella (estar afiliada/o a la Seguridad Social y en alta, haber cotizado durante un determinado período de tiempo).
3. **Previsión social complementaria o nivel complementario:** es una protección de carácter privado, al que cualquiera puede acudir, de manera voluntaria y como complemento a la protección de la Seguridad Social (mejoras voluntarias, planes y fondos de pensiones, etc.).

Ley General de la Seguridad Social (LGSS) art.7.2.

1.3. ¿QUIÉNES ESTÁN INCLUIDOS EN LA MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA?

Todos los españoles y todas las españolas residentes en territorio nacional y las personas extranjeras que residan legalmente en territorio español.

LGSS art.7.1

1.4. ¿QUIÉNES ESTÁN INCLUIDOS EN LA MODALIDAD CONTRIBUTIVA?

Están incluidos todos los españoles y todas las españolas que residan en España, y las personas extranjeras que residan o se encuentren legalmente en España, siempre que, en ambos supuestos, ejerzan su actividad en territorio nacional, y estén incluidos en alguno de los siguientes apartados:

- Régimen General.
- Regímenes Especiales.

¿Qué incluye el Régimen General?

Con carácter global, el Régimen General incluye a las trabajadoras y los trabajadores por cuenta ajena de las distintas ramas de la actividad económica o asimilados, mayores de 16 años, sin distinción de sexo, estado civil o profesión, ya trabajen a domicilio, de forma eventual, temporal o fija, o discontinua. También es irrelevante la categoría profesional y la forma y cuantía de la retribución. De forma más concreta, la **LGSS establece en su art.136** una enumeración más detallada de colectivos incluidos.

LGSS art.136

Dentro de este Régimen se han integrado dos sistemas especiales:

- Sistema Especial Agrario, que incluye a trabajadoras/es que realicen labores agrícolas, forestales o pecuarias, así como las labores auxiliares o complementarias de las mismas desarrolladas en explotaciones agrarias, con carácter retribuido y por cuenta ajena.
- Sistema Especial de Empleados del Hogar, que incluye a trabajadoras/es que se dediquen a servicios o actividades prestados para el hogar familiar, que incluye cualquiera de las modalidades de tareas domésticas, así como dirección o cuidado del hogar en su conjunto o de algunas de sus partes, cuidado o atención a miembros de la familia o personas que formen parte de su ámbito, así como otros trabajos complementarios como guardería, jardinería, conducción de vehículos, etc.

¿Qué excluye el Régimen General?

LGSS art.137

- Los trabajos que se hagan de vez en cuando como servicios amistosos, por buena voluntad o de buena vecindad.
- Los trabajos que se pueden incluir en alguno de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social.
- Los realizados por los profesores universitarios eméritos[1], así como por el personal licenciado sanitario emérito.

¿Cuáles son los Regímenes Especiales?

LGSS art.10

Son los que se encuadran en los grupos siguientes:

- Trabajadores por cuenta propia o autónoma.
- Trabajadores del mar.
- Funcionarios públicos, civiles y militares[2].
- Estudiantes.
- Demás grupos que determine el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

¿Qué es un trabajador/a por cuenta ajena?

El **art. 1 del Estatuto de los Trabajadores** los define como "aquellos que voluntariamente prestan sus servicios retribuidos por cuenta ajena y dentro del ámbito de la organización y dirección de otra persona física o jurídica, denominada empleador o empresario".

1.5. ¿CUÁL ES LA ACCIÓN PROTECTORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL?

LGSS art.42

La acción protectora de la Seguridad Social comprende:

a) **La asistencia sanitaria (y farmacéutica) y recuperación profesional** en los casos de maternidad, enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo.

[1] Persona jubilada pero que mantiene sus honores y algunas funciones.

[2] Siempre que hayan entrado con anterioridad al 1 de enero de 2011. El resto de los empleados públicos quedan adscritos al Régimen General.

b) Las **prestaciones económicas** en las situaciones de incapacidad temporal; nacimiento y cuidado del menor; riesgo durante el embarazo; riesgo durante la lactancia natural; ejercicio de corresponsabilidad del cuidado del lactante; cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave; incapacidad permanente contributiva e invalidez no contributiva; jubilación, en sus modalidades contributiva y no contributiva; desempleo, en sus niveles contributivo y asistencial; protección por cese de actividad; pensión de viudedad; prestación temporal de viudedad; pensión de orfandad; prestación de orfandad; pensión en favor de familiares; subsidio en favor de familiares; auxilio por defunción; indemnización en caso de muerte por accidente de trabajo o enfermedad profesional; ingreso mínimo vital, así como las que se otorguen en las contingencias y situaciones especiales que reglamentariamente se determinen por real decreto, a propuesta del titular del Ministerio competente.

www.seg-social.es

Además, existen otras prestaciones/pensiones: por lesiones permanentes no invalidantes, por violencia contra la mujer, las prestaciones del seguro escolar, por síndrome tóxico, complemento para la reducción de la brecha de género, por actos terroristas y las pensiones del seguro obligatorio de vejez e invalidez (SOVI).

c) Las **prestaciones familiares** de la Seguridad Social, en sus modalidades contributiva y no contributiva.

d) Las **prestaciones de servicios sociales,** que procuran una mejora de las condiciones de vida de los beneficiarios por razones de edad o minusvalía.

e) Como complemento de las prestaciones anteriores, podría otorgarse los beneficios de la **asistencia social.**

1.6. ¿QUIÉN SE ENCARGA DE LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL?

La gestión de la Seguridad Social es pública y sobre ella tiene competencia exclusiva el Estado. Los Entidades Gestoras se encuentran controladas por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, en concreto por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

LGSS art.66

1. Las Entidades Gestoras

- **El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS):** tiene encomendada la gestión y administración de las **prestaciones** económicas contributivas del sistema de la Seguridad Social, excepto el subsidio de desempleo. No se

encarga de las pensiones no contributivas de invalidez y jubilación, que gestionan las Comunidades Autónomas, pero sí de las prestaciones familiares.

Desde octubre de 2020 ha asumido la gestión de las pensiones del régimen de clases pasivas de funcionarias/os públicos. Igualmente, gestiona las prestaciones del síndrome tóxico.

A pesar de no gestionar la asistencia sanitaria (también competencia de las Comunidades Autónomas), sí reconoce el derecho a la misma.

- **El Instituto Social de la Marina (ISM):** realiza la gestión, administración y reconocimiento del derecho a las prestaciones y la asistencia sanitaria del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Trabajadoras y Trabajadores del Mar.
- **El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA):** se encarga de la administración y gestión de los servicios sanitarios. En Madrid, y por el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, lo realiza el Servicio Público de Salud.
- **El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO):** encargado de la gestión de las pensiones no contributivas de invalidez y de jubilación, protección de personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia. En la actualidad, la mayor parte de las competencias de IMSERSO han sido transferidas a las Comunidades Autónomas, por lo que la gestión directa de estas funciones se realiza de manera muy limitada.
- **El Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE):** organismo autónomo adscrito al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, encargado de gestionar la prestación y el subsidio por desempleo.

2. Los Servicios Comunes

LGSS art.74

- **La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS)**: órgano donde se unifican todos los recursos económicos y la administración financiera del Sistema de la Seguridad Social.

3. Las Entidades colaboradoras

LGSS art.79

- Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS).
- La colaboración de las empresas.

LGSS art.80
Ley 35/2014, art 68

¿Cómo es la colaboración de las mutuas?

Su colaboración en la gestión comprende las siguientes actividades o servicios:

- La gestión de las **prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria,** incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de **accidentes de trabajo y enfermedades profesionales** de la Seguridad Social, así como las **actividades de prevención** de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora.
- La gestión de la **prestación económica** por incapacidad temporal derivada de **contingencias comunes.**
- La gestión de las prestaciónes por **riesgo durante el embarazo y el riesgo durante la lactancia natural.**
- La gestión de la prestación por **cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave.**

RDL 28/2018, Disposición final segunda

Las personas autónomas que cubren sus prestaciones con el INSS tienen la obligación de hacerlo con una mutua colaboradora con la Seguridad Social. Es obligatorio la cobertura de la incapacidad temporal por contingencia común, la contingencia profesional y el cese de actividad.

- La gestión de las prestaciones **económicas por cese en la actividad** de los trabajadores/as por cuenta propia.

La Disposición Adicional 3ª del Real Decreto-Ley 28/2018, 28 de diciembre, para la revalorización de la pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo, anuncia la suspensión de la aplicación del sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan disminuido de manera considerable la siniestralidad laboral (BONUS), contemplada en el RD 231/2017, de 10 de marzo, respecto de las cotizaciones que se generen durante el año 2019. La suspensión ha prorrogada también para las cotizaciones del año 2020 según el art. 7.8. del RD-Ley 18/2019, de 27 de diciembre[3].

Ley 35/2014, art.86
LGSS art.102

¿Y la colaboración de empresas?

Las empresas, en relación con su propio personal, pueden colaborar en la gestión de la Seguridad Social exclusivamente en alguna o algunas de las formas siguientes:

[3] Recordemos que las mutuas colaboradoras se encargaban de la gestión del sistema de incentivos de la Seguridad Social (BONUS).

a) Asumiendo directamente el pago de las prestaciones por Incapacidad Temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional, incluido el subsidio consiguiente que corresponda durante la indicada situación.

b) Pagando las prestaciones económicas por incapacidad temporal, así como las demás que puedan determinarse reglamentariamente, con cargo posterior a la entidad gestora o la mutua.

2. MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

Las mutuas se definen como "asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, cuya finalidad es colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del Ministerio, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada".

2.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS MUTUAS

- Las Mutuas tienen su origen en la **Ley de Accidentes de Trabajo del año 1900 (Ley Dato),** donde se establece la obligación para la empresa de indemnizar en caso de accidente de trabajo, a menos que fuese debido a fuerza mayor. En su primer artículo, la Ley establece la definición de accidente de trabajo que se mantiene en la actualidad.

  Esta Ley es el punto de inflexión en materia de protección social, aunque anteriormente ya hubiera propuestas de responsabilidad empresarial por falta de medidas de seguridad y salud, como se establece en el artículo 13 del proyecto de Ley Alonso Martínez (1855).

  Esta obligación empresarial de indemnizar se empezó llevando a cabo a través de compañías aseguradoras y, posteriormente, se fueron creando **"asociaciones de empresarios"** para asegurar los riesgos por accidente de un mismo sector.

- **En 1922 se promulga la Ley Matos,** que introduce dos novedades: a) Amplía la responsabilidad empresarial a la imprudencia profesional, y b) Crea un Fon-

do de Garantía para que, en los casos de insolvencia empresarial, haga frente al pago de las indemnizaciones.

- Con el **Decreto Texto Refundido de Accidentes de Trabajo de 1932** se estableció la obligatoriedad de contratar un seguro de accidentes, que podía hacerse con una mutualidad patronal o con una sociedad de seguros, o bien con el nuevo órgano creado, la Caja Nacional del Seguro[4] del Instituto Nacional de Previsión.

Desde el año 1961 también se incluyó dentro del seguro la **cobertura para la enfermedad profesional** (aunque la primera norma sobre enfermedades profesionales fue la Ley de Bases de Enfermedades Profesionales de 1963).

- A raíz de la **Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963** se pasa de un sistema de seguros sociales a uno de Seguridad Social. Desaparecen las aseguradoras privadas con relación a la gestión de la contingencia profesional.
- Con la **Ley de Seguridad Social de 1966** se configuran las mutuas como entidades colaboradoras, no como gestoras.
- Posteriormente, con la **Ley 4/1990 de Presupuestos Generales del Estado** desaparece el término Mutua Patronal y pasa a denominarse Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

2.2. HASTA LA ACTUALIDAD

- La gestión económica de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes pasa a ser competencia de las Mutuas a raíz de la **Ley 42/1994 de Medidas Fiscales**. Se separa la maternidad del concepto de contingencia común, siendo una prestación propia con gestión exclusiva del INSS. Se crean las Comisiones de Control y Seguimiento.
- Con el **Real Decreto 1993/1995 de Colaboración de las Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social** se regula todo lo que tiene que ver con las entidades colaboradoras. Como novedad establece la **Comisión de Prestaciones Especiales. Este decreto es modificado por el RD 1622/2011**, que establece que las mutuas no podrán desarrollar directamente actividades de los servicios de prevención ajenos.

[4] Asegura directamente a todos los patronos contra el riesgo de incapacidad permanente y muerte, causadas por accidentes de trabajo de sus operarios y asesora sobre la formación a las Mutualidades.

- La **Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales** posibilita a las mutuas a desarrollar para sus empresas asociadas las funciones de servicio de prevención.
- **Real Decreto 688/2005** por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas como servicios de prevención ajenos, se segregan la actividad de la mutua como entidad colaboradora de la Seguridad Social y como servicio de prevención ajeno.
- **Real Decreto 1299/2006,** por el que se aprueba el nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales.
- **La Ley Orgánica 3/2007, Ley de Igualdad.** La prestación por riesgo durante el embarazo pasa a ser una contingencia profesional, por lo que las mutuas la pueden gestionar. Incorpora el riesgo durante la lactancia natural, que también tiene la consideración de contingencia profesional.
- **Ley 32/2010 de cese de actividad de los trabajadores autónomos**. Se regula la prestación por desempleo. Derogada por RD 8/2015.
- **Real Decreto 1148/2011 para la aplicación y desarrollo de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.** Se crea una nueva prestación cuyos beneficiarios son los progenitores en activo que tengan que reducir su jornada para atender directamente a su hijo por enfermedad grave o cáncer.
- **Real Decreto 625/2014, Incapacidad Temporal antes de los 365 días de la baja.** Aporta mejoras como la obligación de motivar el rechazo de los casos de posible origen laboral, la presentación de los partes en procesos de larga duración, establece un mínimo de tiempo para citar al reconocimiento médico, se amplían los plazos de revisión de altas de las mutuas. Si bien, el control de la baja se establece desde el primer día por contingencia común con la posibilidad de poder extinguir la prestación económica. Asimismo, podrán realizar propuestas motivadas de alta.
- **Ley 35/2014.** Se reafirma el carácter privado de las mutuas, como “asociaciones de empresarios”. Pasan a denominarse **Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social** y las funciones que realizan las mutuas adquieren rango de LEY. Podrán percibir de las empresas que acceden al BONUS una parte del mismo. Una mejora importante es que la Comisión de control y seguimiento tendrá acceso a la litigiosidad.

- **Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio,** por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014.
- **Real Decreto Ley 8/2015, de 30 de octubre,** por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley General de la Seguridad Social.**
- **Real Decreto 231/2017, de 10 de marzo,** por el que se regula el establecimiento de un sistema de **reducción de las cotizaciones** por contingencias profesionales a las empresas que hayan disminuido de manera considerable la siniestralidad laboral.
- **Real Decreto 860/2018, de 13 de junio, por el que se regulan las actividades preventivas** de la acción protectora de la Seguridad Social a realizar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.
- **Real Decreto-Ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo.** Las personas autónomas deben elegir una mutua y se convierte obligatorio la cobertura de la totalidad de las contingencias. Se amplía hasta 24 meses el período de percepción de la prestación por cese. Se suspende, hasta nueva regulación, la aplicación del sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales (BONUS). Con relación a las empresas colaboradoras se suprime la colaboración voluntaria en la gestión de la prestación económica de la IT por contingencias comunes.
- **Resolución de 28 de marzo de 2019, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social,** por la que se establece el **Plan general de actividades preventivas de la Seguridad Social,** a aplicar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.
- **Resolución de 28 de octubre de 2019, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social,** por la que se establece el régimen de aplicación de las prestaciones complementarias del artículo 96.1 b), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.
- **Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública.** Excepcionalmente, el período de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras como consecuencia del virus SARS-CoV-2 se considera como situación asimilada a accidente de trabajo a efectos de la prestación económica por incapacidad temporal.

- **Real Decreto-Ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.** Se crea una prestación extraordinaria por cese de actividad para las personas trabajadoras autónomas afectadas por la declaración del estado de alarma.
- **Real Decreto-Ley 15/2020, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo.** Entre otras, se establece que serán las mutuas las que gestionarán las prestaciones por cese de actividad de las personas trabajadoras autónomas y se prevé adhesión automática.
- **Real Decreto-Ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19.** Prestaciones de Seguridad Social de personal que presta servicios en centro sanitario y sociosanitario, que hayan contraído el virus y lo tenga acreditado, se considerarán AT. La causa de fallecimiento es AT, siempre que se haya producido dentro de los 5 años siguientes al contagio de la enfermedad y derive de la misma.
- **Real Decreto-Ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital.** Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social facilitarán telemáticamente a las entidades gestoras responsables de la gestión de las prestaciones económicas de la Seguridad Social los datos que puedan afectar al nacimiento, modificación, conservación o extinción del derecho a las mismas que sean reconocidas por aquellas.
- **Real Decreto-Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia.** La disposición adicional cuarta confiere la consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo a las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o sociosanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV-2 durante el estado de alarma.

2.3. ¿CUALES SON LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO DE LA MUTUA?

- **Junta General**

Es el órgano superior de la mutua, integrada por todas las/os empresarias/os asociadas/os y por una representación de las/os trabajadoras/es por cuenta propia adheridos y por un representante de las/os trabajadoras/es dependientes de la mutua.

Ley 35/2014 art. 71
RDL 8/2015, art. 85

Entre sus competencias más importantes se encuentran la elección de la Junta Directiva, la reforma de los Estatutos y la aprobación de los presupuestos y cuentas anuales.

RDL 8/2015, art. 86

- **Junta Directiva**

Es el órgano colegiado que ejerce el gobierno, la administración y la representación de la entidad.

Está compuesta por entre diez y veinte empresarias/os asociada/os (al menos el 30% de las empresas que cuenten con mayor número de trabajadoras y trabajadores) y por la representación de la parte trabajadora que forme parte de la Junta General, así como por una trabajadora o trabajador por cuenta propia unidos a esa mutua, que designa la Junta General.

RDL 8/2015, art. 87

- **Director Gerente**

Es la persona que de manera ejecutiva dirige la mutua. La relación laboral con la mutua será con un contrato de alta dirección.

No podrá pertenecer al Consejo de Administración ni desempeñar actividad remunerada en cualquiera de las empresas asociadas, ni ser titular de una participación, ni que la titularidad corresponda al cónyuge o hijos, igual o superior al 10%. Las retribuciones también tendrán limitaciones.

Tanto la Junta Directiva, como la/el Directora/or Gerente y el personal ejecutivo, serán responsables, de forma directa, de los daños que causen por sus actos u omisiones realizados con dolo o culpa grave.

2.4. ¿CUÁLES SON LOS ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN?

RDL 8/2015, art. 89

- **Comisión de control y seguimiento**

Es el órgano en el que pueden participar los **agentes sociales** y así comprobar cómo realiza sus funciones la mutua.

Estará compuesta por un **máximo de doce miembros** designados por las organizaciones sindicales y empresariales, así como por una representación de las asociaciones profesionales de trabajadoras/es autónomas/os.

Sus **funciones principales** son:

- Conocer e informar sobre la gestión que realiza la mutua en las distintas modalidades de colaboración.

- Proponer medidas para mejorar el desarrollo de las mismas en el marco de los principios y objetivos de la Seguridad Social.
- Informar del anteproyecto de presupuestos y las cuentas anuales.
- Conocer los criterios que mantiene y aplica la mutua en el desarrollo de su objeto social.

Para desarrollar esta labor, la comisión dispondrá periódicamente de los informes sobre litigiosidad, reclamaciones y recursos, así como de los requerimientos de los órganos de supervisión, dirección y tutela, junto con su cumplimiento. Anualmente elaborará una serie de recomendaciones que serán enviadas tanto a la Junta Directiva como al órgano de dirección y tutela.

• **Comisión de Prestaciones Especiales**

RDL 8/2015, art. 90

Está constituida, a partes iguales, por representantes de las/os trabajadoras/es y por representantes de las/os empresarias/os (designados por la Junta Directiva); asimismo tendrán representación las/os trabajadoras/es que tengan cubiertas las contingencias con esa mutua.

Resolución 28 de octubre de 2019, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS)

Gestiona el Fondo de Asistencia Social de la mutua, atendiendo las situaciones especiales de necesidad, originadas a raíz de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

2.5. ¿A QUÉ TIPO DE CONTROL ESTÁN SOMETIDAS?

Ley 35/2014, art. 73
RDL 8/2015 art. 98

Corresponden al **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones,** las facultades de dirección y tutela sobre las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

Las mutuas serán objeto anualmente de una auditoría de cuentas, realizada por la Intervención General de la Seguridad Social. Asimismo, anualmente realizarán una auditoría de cumplimiento y deberán rendir sus cuentas anuales al Tribunal de Cuentas.

La inspección de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social será ejercida por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, que comunicará al órgano de dirección y tutela el resultado de las actuaciones desarrolladas y los informes y propuestas que resulten de las mismas. La Ley 23/2015, de 21 de julio, Ordenadora del Sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social, atribuye a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social la vigilancia del cumplimiento de la

normativa en el orden social. Esta normativa es muy amplia y comprende, entre otras las relativas a Seguridad Social.

RDL 8/2015, art. 83

2.6. ¿QUÉ ES EL CONVENIO DE ASOCIACIÓN?

Reglamento de colaboración de las mutuas, art. 62

En el momento de integrar en la Mutua se formaliza el documento de asociación, en el que se determinan los derechos y obligaciones de cada una de las partes.

En el documento de asociación se hará constar la actividad de la empresa, con especificación de los trabajos que se efectúen, el lugar en que hayan de llevarse a cabo y hora y fecha del inicio de la cobertura.

Ley 35/2014, art. 72

¿Cuánto dura el plazo?

El convenio de asociación tendrá un periodo de vigencia de un año, que podrá prorrogarse por periodos de igual duración. Si nadie lo denuncia se renueva automáticamente.

Ley 35/2014, Disposición transitoria primera

¿Se puede cambiar de mutua?

Sí. Las empresas podrán solicitar, **siempre preavisando con un mes de antelación** antes del vencimiento del convenio de asociación o adhesión, el cambio de mutua. Este cambio comienza el primer día del mes siguiente, en el cual finaliza dicho convenio.

RD 1622/2011, Disposición transitoria primera

¿Y la representación de las/os trabajadoras/es puede denunciar?

Denunciar no, ya que la denuncia del convenio de asociación lo hace la empresa. Pero antes de la denuncia del convenio debe recabar un informe emitido por el comité de empresa o delegada/o de personal.

El informe de la representación de las/os trabajadoras/es es preceptivo y no vinculante. De no cumplir la empresa con la solicitud de informe a la representación, hay que denunciar a la Inspección de Trabajo que puede imponerles una sanción, pero no retrotrae la decisión de la empresa.

3. INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

3.1. ¿QUÉ ES?

LGSS, art. 169

La Incapacidad Temporal es la situación de una trabajadora o un trabajador en activo cuando una enfermedad (común o profesional) o un accidente (no laboral o de trabajo) le impide trabajar y precisa asistencia sanitaria.

En esta definición se incluyen los períodos de observación por enfermedad profesional, cuando sea necesaria la baja en el trabajo.

3.2. ¿QUÉ REQUISITOS SON NECESARIOS?

LGSS, art. 165
LGSS, art. 166

a. Las personas incluidas en el **Régimen General, afiliadas y en alta o en situación asimilada a la de alta,** que reúnan las condiciones de **edad, período mínimo de cotización y hecho causante,** legalmente establecidos.

Se consideran situaciones asimiladas a la de alta, a estos efectos, las siguientes:

- La situación legal de desempleo, total y subsidiado, y la de paro involuntario una vez agotada la prestación contributiva o asistencial, siempre que en tal situación se mantenga la inscripción como desempleado en la oficina de empleo.
- La situación del trabajador durante el período correspondiente a vacaciones anuales retribuidas que no han sido disfrutadas con anterioridad a la finalización del contrato.
- La excedencia forzosa.
- El período de tiempo en que el trabajador permanezca en situación de excedencia por cuidado de hijo, de menor acogido o de otros familiares.
- El traslado del trabajador por la empresa fuera del territorio nacional.
- La suscripción de convenio especial en sus diferentes tipos.
- Los períodos de inactividad entre trabajos de temporada.
- Los períodos de prisión sufridos.
- Los períodos de percepción de la ayuda equivalente a jubilación anticipada y de la ayuda previa a la jubilación ordinaria.

- Durante las situaciones de huelga y cierre patronal el trabajador permanecerá en situación de alta especial en la Seguridad Social.
- La situación de incapacidad temporal que subsista, una vez extinguido el contrato.
- La prórroga de efectos de la incapacidad temporal.
- El periodo de maternidad o paternidad que subsista una vez extinguido el contrato de trabajo o que se inicie durante la percepción de la prestación por desempleo.
- En el caso de los artistas y profesionales taurinos, los días que se consideren cotizados dentro de cada año natural en aplicación de las normas que regulan su cotización y que no se correspondan con los de prestación de servicios.
- En el caso de los trabajadores afectados por el síndrome tóxico que, por tal causa, cesaron en su día en el ejercicio de su actividad laboral o profesional, sin que hayan podido reanudar dicho ejercicio, y que hubieran estado en alta en alguno de los regímenes del sistema de la Seguridad Social, la situación asimilada se entenderá con respecto al régimen en que el trabajador estuviese encuadrado cuando cesó en su actividad y para las contingencias comunes.
- El período de suspensión con reserva del puesto de trabajo para supuestos de violencia de género.

LGSS, art. 172

b. Tener cubierto un **período de cotización** de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante, en caso de enfermedad común. No se exige período previo de cotización en caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional.

LGSS, art. 247

¿Cómo se cuenta la cotización en el caso de contratos a tiempo parcial?

A efectos de acreditar los períodos de cotización necesarios para causar derecho a las prestaciones de **jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, incapacidad temporal, maternidad y paternidad,** se aplicarán las siguientes reglas:

a. Se tendrán en cuenta los distintos períodos durante los cuales la trabajadora o el trabajador haya permanecido en alta con un contrato a tiempo parcial, cualquiera que sea la duración de la jornada realizada en cada uno de ellos.

b. Una vez determinado el número de días de cotización acreditados, se procederá a calcular el **coeficiente global de parcialidad,** siendo este el porcentaje que representa el número de días trabajados y acreditados como cotizados, de acuerdo con lo establecido en la letra a), sobre el total de días en alta a lo largo de toda la vida laboral de la persona trabajadora. En caso de tratarse de subsidio por incapacidad temporal, el cálculo del coeficiente global de parcialidad se realizará exclusivamente sobre los últimos cinco años. Si se trata del subsidio por maternidad y paternidad, el coeficiente global de parcialidad se calculará sobre los últimos siete años o, en su caso, sobre toda la vida laboral.

c. El período mínimo de cotización exigido para cada una de las prestaciones económicas que lo tengan establecido, será el resultado de aplicar al período regulado con carácter general el coeficiente global de parcialidad a que se refiere la letra b).

¿Y cuándo se está incluido en el Sistema especial para empleados de hogar?

LGSS, art. 147

El año 2019 era el que estaba previsto por parte del Gobierno para adaptar las bases de cotización del régimen especial de Empleadas del Hogar a las del Régimen General. De tal manera que se adaptaran las cotizaciones como las del resto de trabajadores. Pero las modificaciones llevadas a cabo en la Ley General de Seguridad Social, a través de la disposición final incluida en los presupuestos Generales del Estado vigentes en 2018, retrasan esta aplicación hasta enero de 2024. En enero del 2022 está previsto, según lo establecido en el RD Ley 28/2018 que se cotice por el sueldo real o el mínimo establecido, según el caso.

Con la actual disposición normativa desde el año 2014 hasta el año 2022 incluidos, las retribuciones mensuales y las bases de cotización se actualizarán proporcionalmente a las variaciones que experimente el salario mínimo interprofesional. Es decir, no se modifica el criterio de cálculo de bases que se encuentra vigente hasta la fecha. A partir del año 2023 las bases de cotización por contingencias comunes y profesionales se determinarán conforme a lo establecido en el art. 147 LGSS, sin que la cotización pueda ser inferior a la base mínima que se establezca legalmente.

LGSS, art. 171

3.3. ¿CÓMO SE SABE LO QUE SE VA A COBRAR?

Para saber la prestación que se va a recibir, lo primero que hay que calcular es la Base Reguladora (BR).

¿Cómo se calcula la BR si la IT deriva de enfermedad común o accidente no laboral?

Se divide la base de cotización del mes anterior a la incapacidad por el número de días: 30, si tiene salario mensual; 28, 29, 30 ó 31 si tiene salario diario.

Si la persona ingresa en la empresa en el mismo mes en que se inicia la incapacidad, o no ha estado de alta todo el mes natural anterior, entonces se divide la base de cotización de dicho mes entre los días que ha cotizado.

¿Y si la IT deriva de enfermedad profesional o accidente de trabajo?

Se obtiene por adición de dos sumandos: a) la base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior, sin horas extraordinarias, dividida por el número de días a que corresponda dicha cotización, y b) la cotización por horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días.

¿Y cómo se calcula en otros casos?

LGSS, art. 161.3

- **En caso de pluriempleo:** se calcula teniendo en cuenta todas las bases de cotización en las diferentes empresas siempre que no se supere el tope máximo vigente a efectos de cotización.

LGSS, art. 248.2

- **En caso de contrato a tiempo parcial:** se toma la base reguladora diaria que se obtiene dividiendo la suma de las bases de cotización a tiempo parcial desde tres meses inmediatamente anteriores al hecho que causa la incapacidad, entre el número de días naturales comprendidos en el período.
- **En caso de contratos para la formación y aprendizaje/personal investigador en formación:** la BR será la base mínima de cotización del Régimen General, si se trata de contrato para la formación y el aprendizaje, y si se trata de personal investigador en formación la BR será la base mínima del grupo 1.

www.seg-social.es

- **En caso del Sistema especial para empleados de hogar:** La BR es la base de cotización correspondiente al mes anterior al de la baja médica, dividida entre 30.

3.4. ¿CUÁNTO SE COBRA?

En el caso de enfermedad común y accidente no laboral, se cobra el 60% BR desde el día 4 hasta el 20 inclusive y el 75% BR desde el 21 en adelante.

RDL 53/1980 art. Único Decreto 3158/1966, art. 2.

Si es AT o EP, se cobra el 75% desde el día siguiente a la baja médica, correspondiéndole el pago a la Mutua, al INSS o empresa colaboradora. El mismo día del AT lo abonará íntegro la empresa.

- En algunas empresas se puede complementar estas cuantías por mejoras de Convenio Colectivo, por eso se puede llegar a cobrar el 100%.

Si la Incapacidad Temporal deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional, producido por falta de medidas de seguridad, la cuantía a cobrar se puede ver aumentada entre un 30 a un 50 por ciento (Recargo de Prestaciones[5]).

3.5. ¿QUIÉN PAGA CUANDO SE ESTÁ EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL?

En los casos de enfermedad común o de accidente no laboral, el abono del subsidio entre los días 4 a 15 de baja en el trabajo, ambos inclusive, se atribuye a la empresa. A partir del día 16 de baja, la responsabilidad del abono incumbe al INSS, ISM o a la mutua, en su caso, aun cuando el pago lo haga la empresa por pago delegado.

LGSS, art. 173

La empresa podrá pagar hasta los 365 días de IT, y desde ese momento hasta la notificación del alta puede pagar la empresa, la mutua o la Seguridad Social. En cualquier caso, en la resolución vendrá indicado quién es el responsable del pago.

Durante las situaciones de huelga y cierre patronal la persona trabajadora no tendrá derecho a la prestación económica por IT.

¿Qué es el pago delegado?

Es cuando la empresa paga la prestación económica con la misma periodicidad que los salarios, en virtud de la colaboración obligatoria[6] de las empresas en la

[5] Ampliado en Contingencias Profesionales.

[6] La aprobación del Real Decreto-ley 28/2018 eliminó la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de las prestaciones de incapacidad temporal por contingencias comunes – enfermedad común o accidente no laboral -. La colaboración voluntaria únicamente continuará en caso de estar autorizada, respecto de las contingencias derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional (contingencias profesionales).

gestión del Régimen General de la Seguridad Social, descontando del importe del subsidio la retención por IRPF y las cuotas a la Seguridad Social.

Este pago de las empresas de la IT cesará el último día del mes en que el INSS o ISM dicte la resolución en la que se declare expresamente la prórroga de IT o la iniciación de un expediente de incapacidad permanente (IP). En el supuesto de que el INSS emita resolución por la que se acuerde el alta médica, conforme a lo indicado en el art. 170.1 de la LGSS, cesará la colaboración obligatoria de las empresas en el pago de la prestación el día en que se dicte dicha resolución, abonándose directamente por la entidad gestora o mutua colaboradora con la Seguridad Social el subsidio correspondiente durante el periodo que transcurra entre la fecha de la citada resolución y su notificación al interesado.

Un caso especial es cuando el trabajador esté percibiendo prestaciones contributivas por desempleo y pase a la situación de IT, el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) abonará la prestación por IT en régimen de pago delegado hasta que se agote la duración de la prestación por desempleo, en cuyo momento será el INSS el que abonará la prestación.

En el caso de trabajadoras y trabajadores incluidos en el Sistema especial para empleados del hogar: el subsidio de IT, en caso de enfermedad común o accidente no laboral, se abonará a partir del noveno día de la baja en el trabajo, estando a cargo de la persona empleadora el abono de la prestación desde los días cuarto al octavo de la citada baja, ambos inclusive. El pago se efectuará directamente por la entidad a la que corresponda su gestión, no procede el pago delegado del mismo.

¿Qué excepciones hay?

El INSS, ISM o la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, en su caso, son responsables del **pago directo** del subsidio en los siguientes casos:

- Cuando se trate de entidades y organismos excluidos del pago delegado.
- Por incumplimiento de la obligación patronal del pago delegado (el INSS debe responder, en caso de insolvencia empresarial, del pago de la prestación económica por IT cuando su gestión ha sido asumida voluntariamente por la empresa. Sentencia Rec. 4230/2007, de 17 de febrero de 2009).
- Empresas con menos de diez trabajadoras o trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono del subsidio que lo soliciten reglamentariamente (art. 16.2 de la Orden de 25 de nov. de 1966).

- Extinción de la relación laboral estando la persona trabajadora en situación de IT: extinción del contrato; resolución judicial, administrativa o acto firme; fallecimiento, jubilación o invalidez de la persona empleadora; despido.
- Continuación de la situación de IT tras el cese voluntario en la empresa.
- Continuación de la situación de IT, extinguido el período de percepción de desempleo.
- Alta médica por informe propuesta de IP, siendo perceptor de la prestación por desempleo.
- Cuando se trate de representantes de comercio, profesionales taurinos y artistas. En el caso de estos últimos, cuando la duración del contrato no exceda de 30 días.
- Por pasar a la prórroga de IT después de 12 meses, tras la resolución de la Entidad gestora, salvo que al iniciar la IT se estuviera percibiendo prestación contributiva por desempleo, en cuyo caso, la prestación la abona el SEPE en régimen de pago delegado hasta el agotamiento del desempleo.
- En los supuestos de agotamiento de la IT por el transcurso del plazo máximo, durante la prórroga de efectos de la prestación hasta la calificación de la IP.
- Por iniciar expediente de IP, tras la resolución de la Entidad gestora.

3.6. ¿QUÉ ES EL PARTE DE BAJA?

El parte médico de baja es el documento que acredita y justifica que las lesiones que ha sufrido la trabajadora o el trabajador le impiden desempeñar su trabajo e inicia las actuaciones para reconocer el derecho de subsidio de IT. Este parte de baja debe ir precedido de un reconocimiento médico de la persona trabajadora que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual.

¿Quién lo expide?

- Servicio público de salud, de procesos de IT derivados de:
  - contingencias comunes de las trabajadoras y los trabajadores de la Seguridad Social.
  - contingencias profesionales de las personas trabajadoras de empresas que tienen protegidas estas contingencias con el INSS.

- Servicio médico de la mutua colaboradora con la Seguridad Social de procesos de IT derivados de contingencias profesionales de:
  - personas trabajadoras de empresas asociadas con una mutua
  - trabajadoras y trabajadores por cuenta propia adheridos a una mutua para la protección de dichas contingencias.
- Facultativo de la empresa colaboradora voluntaria en la gestión de contingencias profesionales: procesos de IT derivados de contingencias profesionales.
- Inspector médico del INSS/ISM: bajas médicas de recaídas de un proceso de menos de 365 días que finalizó por alta médica emitida por el médico del INSS.
- El INSS, a través del EVI:
  - bajas médicas tras el alta médica sin declaración de Incapacidad Permanente formalizadas antes de los 365 días de IT.
  - bajas médicas tras el alta médica sin declaración de Incapacidad Permanente formalizadas entre los 366 hasta los 545 días de IT.

RD 625/2014, art. 7

¿Cuántas copias?

1. El facultativo que expida los partes médicos de baja, confirmación y alta entregará al trabajador dos copias del mismo, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

   El servicio público de salud o, en su caso, la mutua, remitirán los partes médicos de baja, confirmación y alta, al Instituto Nacional de la Seguridad Social, por vía telemática, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición.

2. Las empresas tienen la obligación de remitir al INSS de forma inmediata (como máximo tres días hábiles desde que recibe el parte) a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED), los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten las personas trabajadoras, cumplimentados con los datos que correspondan a la empresa.

3. El Instituto Nacional de la Seguridad Social dará el trámite que corresponda a los partes médicos destinados a él mismo y, a su vez, también mediante los medios informáticos establecidos en el artículo 2.5, distribuirá y reenviará de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes

destinados al Instituto Social de la Marina y a las mutuas, según la entidad a quien corresponda la gestión del proceso.

¿Cuánto tiempo tengo para entregar los partes a la empresa?

RD 625/2014, art. 7

Si se trata del parte de baja, tienes tres días, como máximo, para llevar a la empresa la copia destinada para ella. Si se tratase del parte de alta, tiene que ser dentro de las 24 horas siguientes a su expedición. En principio, las empresas no dicen nada si no te personas físicamente en la empresa, puede ser válida la entrega por un familiar, representante legal o el envío por fax, correo certificado, burofax, etc. Es cuestión de voluntad y negociación colectiva.

¿Con qué frecuencia se emiten los partes de confirmación?

RD 625/2014, art. 2.3

La/el médica/o, usando unas tablas tipificadas con los plazos según el diagnóstico y la ocupación de la trabajadora/or, estimará una duración, y en función de esta duración emitirá los partes de confirmación.

Si el proceso se estima que dure:

Menos de 5 días ⟶ emitirá el parte de baja y de alta en el acto.

Entre 5 y 30 días ⟶ emitirá el primer parte a los 7 días y el resto cada 14 días máximo.

Entre 31 y 60 días ⟶ emitirá el primero a los 7 días y el resto cada 28 días máximo.

Más de 60 días ⟶ emitirá el primero a los 14 días y el resto cada 35 días máximo.

Cuando el proceso llega a los 365 días, se finalizan los partes de confirmación. Antes de llegar a esa fecha, se ha de avisar a la interesada o interesado de que el control pasa a ser ejercido por los servicios médicos de la Entidad Gestora (INSS).

¿Qué son los informes médicos complementarios?

RD 625/2014, art. 4.1
RD 625/2014, art. 4.3

Son los informes médicos que se realizan cuando la duración de la IT dura 30 días o más. Lo expide la/el médica/o de atención primaria y han de acompañar a los partes de confirmación de la baja.

Si la gestión de la IT corresponde al servicio público de salud y su duración prevista es superior a 30 días naturales, el segundo parte de confirmación de

la baja irá acompañado de un informe médico complementario expedido por el facultativo que haya extendido el parte anterior, en el que se recogerán las dolencias, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas en su caso realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado.

En los procesos inicialmente previstos con una duración inferior y que sobrepasen el periodo estimado, dicho informe médico complementario deberá acompañar al parte de confirmación de la baja que pueda emitirse, en su caso, una vez superados los 30 días naturales.

RD 625/2014, art. 4.3
RD 625/2014, art. 4.2

¿Y los Informes de control?

En los procesos cuya gestión corresponda al servicio público de salud, trimestralmente, a contar desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica del servicio público de salud o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, expedirá un informe de control de la incapacidad en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal del trabajador.

RD 625/2014, art. 4.3

Si la mutua gestiona la IT por contingencia común tiene acceso a los informes complementarios, y de control.

RD 625/2014, art. 9

3.7. ¿QUIÉN PUEDE CITAR PARA UN RECONOCIMIENTO MÉDICO?

La inspección médica del INSS, el personal facultativo de la mutua (en contingencias comunes sólo si tiene la cobertura), el personal médico de atención primaria y servicios de inspección del Servicio Público de Salud. En cualquier caso, se ha de garantizar el sigilo profesional y la confidencialidad de los datos de salud.

¿Cuánto tiempo hay para citar?

La citación debe ser con una antelación mínima de cuatro días hábiles. Hay que tener claro que en caso de que la incomparecencia no esté justificada puede suponer la suspensión cautelar o extinción de la prestación económica.

¿Pueden citar por teléfono?

En principio NO deberíamos aceptarlo. Se debe exigir que las citaciones para reconocimientos sean por medios donde quede constancia que se ha recibido y no lleve a malentendidos: carta certificada, burofax, mensaje al móvil, etc.

Hay que evitar en todo momento transmitir datos de salud por vías que no garanticen la confidencialidad; por ello, no debemos dar información médica por teléfono cuando no estemos seguros de a quién pertenece la llamada, si no sabemos si es personal sanitario o administrativo, si es realmente quién dice ser o si cumple con lo regulado en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD).

¿Y si no se asiste?

- Si se justifica antes o el mismo día del reconocimiento, el INSS o la mutua podrá fijar una nueva fecha, comunicándolo con la antelación mínima ya comentada de 4 días hábiles.
- Si han pasado los cuatro días y no se justifica se suspenderá cautelarmente el subsidio, comunicándolo inmediatamente a la persona interesada. En este momento, se abre un plazo de diez días hábiles:
  - Si se justifica la incomparecencia, se dejará sin efecto la anterior suspensión, y se procederá a rehabilitar el pago de la prestación con efectos desde la fecha en que quedó suspendida (plazo de quince días).
  - Si no se justifica suficientemente la falta de asistencia, se extinguirá la prestación[7].

¿Cómo se puede justificar?

- Aportando un informe emitido por su médica/o del servicio público, donde se haga constar que es desaconsejable para su estado.
- Justificando que la cita se ha realizado con un plazo previo inferior a 4 días hábiles.
- Acreditando la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

[7] En caso de ausencia a reconocimiento del INSS, la/el inspectora/or médica/o de este organismo podrá expedir el alta médica por incomparecencia.

3.8. PERSONAS AUTÓNOMAS E INCAPACIDAD TEMPORAL

Estas personas tienen reconocidas las mismas coberturas y prestaciones por IT que las personas trabajadoras del régimen general. Tienen la obligación de cotizar por IT y elegir una mutua colaboradora de la Seguridad Social para esta cobertura (salvo para los que estén en algún otro régimen y ya tengan cubierta la IT y para los del régimen especial de trabajadoras/es agrarios, para los que es opcional).

También tienen derecho a baja por IT, por enfermedad común o accidente no laboral, siempre que esté dado de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) y al corriente de pagos a la Seguridad Social[8]. También es requisito (no para accidentes de trabajo, in itinere o enfermedades profesionales) tener un mínimo de 180 días cotizados en los últimos 5 años anteriores a la fecha de la baja.

Para solicitarla debe acudir a su mutua en los 15 días siguientes a la determinación de la baja y presentar allí el parte de baja médica, la solicitud de pago directo de la prestación, el documento acreditativo de estar al corriente de pago de las cuotas de la Seguridad Social y la declaración de la situación de actividad. Debe seguir presentando los partes de confirmación de baja médica.

Igualmente que en el régimen general, durante el periodo que dure la IT, la mutua hará el seguimiento y control, por lo que es obligatorio acudir a sus citas y revisiones para no perder la prestación. Y cuando se alcanza el periodo máximo de duración de la baja, el INSS será el único competente para la gestión de la misma.

LGSS 2015, art. 169

3.9. ¿CUÁNTO DURA LA INCAPACIDAD TEMPORAL?

La duración máxima de la Incapacidad Temporal es:

- En caso de accidente o enfermedad, cualquiera que sea su causa, 365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que, durante ellos, se pueda dar el alta médica por curación.
- En caso de períodos de observación por enfermedad profesional, 6 meses prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

[8] La Seguridad Social concede un plazo de un mes para abonar las deudas y cobrar la baja desde el principio.

Para calcular el período máximo y la prórroga se tendrá en cuenta las recaídas y los períodos de observación.

Se considera que existe recaída en un mismo proceso, cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha del alta anterior.

3.10. ANTES DE LOS 365 DÍAS

LGSS 2015, art. 170.1

Hasta el cumplimiento del plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de los procesos de incapacidad temporal, el Instituto Nacional de la Seguridad Social ejercerá, a través de los inspectores médicos adscritos a dicha entidad, las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo servicio público de salud, para emitir un alta médica a todos los efectos, así como para considerar que existe recaída en un mismo proceso.

Cuando el alta haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, éste será el único competente, a través de sus propios inspectores médicos, para emitir una nueva baja médica producida por la misma o similar patología en los ciento ochenta días siguientes a la citada alta médica.

El alta médica con propuesta de incapacidad permanente, expedida antes de que el proceso hubiera alcanzado los trescientos sesenta y cinco días de duración, extinguirá la situación de incapacidad temporal.

Por tanto, durante los primeros 365 días, los responsables de gestionar las bajas son, la mutua en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional o el servicio público de salud en caso de enfermedad común o accidente no laboral.

Alta emitida por el Servicio Público de salud o el INSS

En este caso no existe un procedimiento especial, por lo que hay que acudir al **procedimiento ordinario.**

En primer lugar, es obligatorio **presentar una reclamación administrativa previa ante el INSS** en el plazo de once días hábiles desde la fecha de efectos del alta. El INSS tiene un plazo de 7 días para contestar. Si contestan de manera negativa o directamente no contestan, se debe presentar una demanda ante los juzgados de lo social en el plazo de 20 días después de la resolución expresa o no.

Durante todo este procedimiento, no se suspende el alta emitida y, en consecuencia, la persona trabajadora tiene que reincorporarse al puesto de trabajo.

Quién gestiona la baja es el organismo que tiene potestad para dar el alta y baja, pero, en cualquier caso, el INSS también tiene potestad para dar el alta médica.

Por ello, **en función de quién haya dado el alta médica se ha de seguir un procedimiento u otro.**

Alta médica emitida por la mutua

En este caso, existe un procedimiento especial para impugnar el alta emitido por la mutua denominado **procedimiento administrativo de revisión del alta médica**[9].

Salvo en los procedimientos especiales (alta médica justo al cumplirse 365 días de baja y alta médica de la mutua antes 365 días de baja) hay que incorporarse al puesto de trabajo.

3.11. CUANDO SE LLEGA A LOS 365 DÍAS

Se le otorga **competencia exclusiva** al INSS/ISM para determinar, tanto en contingencias comunes como profesionales:

1. **Alta médica por curación o por incomparecencia a los reconocimientos médicos que haya convocado.**
2. **Iniciación de un expediente de incapacidad permanente.**
3. **Prórroga expresa.**
4. **Nueva baja médica por la misma o similar patología en los 180 días siguientes a su alta médica** (recaída).

Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social 16 de enero de 2006

Pero CUIDADO porque cuando la cobertura de la IT, derivada de contingencias profesionales, se hubiera concertado con una mutua colaboradora, ésta efectuará propuesta (prórroga, incapacidad permanente o alta) al INSS, debendo entenderse aceptada dicha propuesta si el INSS no se manifiesta en cinco días.

[9] Explicado en el apartado de mutuas.

1. Alta médica por curación o por incomparecencia a los reconocimientos médicos que haya convocado[10].

Desde que el INSS emite el alta médica por curación y la fecha en la que notificación escrita llegaba a la persona interesada transcurría tiempo, lo que podía producir problemas para la persona trabajadora por no acudir al trabajo y por no cobrar la prestación.

En esta situación de desfase es **la mutua la que debe pagar los días.** *"En el supuesto de que el Instituto Nacional de la Seguridad Social emita resolución por la que se acuerde el alta médica, cesará la colaboración obligatoria de las empresas en el pago de la prestación el día en que se dicte dicha resolución, abonándose directamente por la entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social el subsidio correspondiente durante el periodo que transcurra entre la fecha de la citada resolución y su notificación al interesado" Art. 170 LGSS.*

El problema que existe es que no se cobra automáticamente, sino que la persona trabajadora **tiene que solicitar ese pago a la mutua** con el correspondiente papeleo que ello conlleva.

Para intentar solucionar la cuestión, el INSS **envía notificación por SMS a la trabajadora o al trabajador** en el momento en que es dado de alta. Así, además de no faltar al trabajo no tiene que gestionar con la mutua la reclamación de salarios. A pesar de todo, es bueno conocerlo porque, a veces, por la propia gestión del INSS los plazos se alargan en la práctica.

Procedimiento de disconformidad con el alta médica del INSS

Como ya hemos explicado al llegar a este momento de 365 días, el responsable de la gestión de la IT es el INSS y ahí puede resolver el **alta médica**.

Si la trabajadora o el trabajador no está conforme con este alta médica, es justo en este momento, ni antes ni después[11], cuando se puede llevar a cabo el procedimiento de disconformidad con el alta médica emitido por el INSS.

LGSS 2015, art. 170.2
RD1430/2009, art.3

[10] En caso de incomparecencia ver el apartado anterior "¿Y si no se asiste?" página 33.

[11] En ocasiones debido a retrasos del INSS, se tarda en notificar el alta, por lo que en la resolución indican que se puede optar por presentar este procedimiento de disconformidad, aunque hayan pasado más de 365 días.

No es válido para altas médicas una vez transcurridos los 365 días

Este procedimiento no es impedimento (ni necesario) para optar a iniciar el procedimiento ordinario de impugnación del alta médica y demandar ante los tribunales. Pueden ser complementarios.

Cosas importantes del mismo procedimiento

- Hay un plazo máximo de **cuatro días naturales** a partir del día en el que fue notificada el alta. **OJO: Son días naturales, no hábiles,** por lo que cuentan sábados, domingos y festivos.
- **Empiezan a contar desde el momento de la notificación por SMS**, no hay que esperar al documento escrito, ya que los plazos se pasarían.
- El modelo reglamentario **"Manifestación de disconformidad con alta médica"** está disponible en la página web de la Seguridad Social y se debe presentar ante la inspección médica del Servicio Público de Salud (SPS) o ante el mismo INSS. Si bien se puede presentar ante casi cualquier registro de la administración.

  http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/123136.pdf
- Una vez presentada la solicitud, **hay que comunicarlo a la empresa el mismo día o al día siguiente hábil**, para evitar sanciones o despidos. Esta comunicación se debe basar en un escrito donde explique que ha impugnado el alta, el día del escrito, fecha del alta médica y dónde lo presenta. Preferiblemente, no se debería entregar la copia de la disconformidad porque conlleva entregar datos de carácter médico.

Cosas importantes a nivel laboral

- La baja por incapacidad temporal se prorroga durante este procedimiento mientras se resuelva y máximo **durante once días naturales contados desde la notificación de la trabajadora o el trabajador[12].**
- Al haber baja se sigue cobrando **la prestación y no es necesario reincorporarse a la empresa.**

[12] La prórroga se puede ampliar a 18 días en el caso de que el Servicio Público de Salud considere que el alta es errónea y pide al INSS que reconsidere el mismo.

- Una vez nos llegue la resolución **confirmando el alta**, o cuando pasan **más de once días** sin pronunciamiento del SPS, hay que reincorporarse al puesto de trabajo. Es decir, la persona trabajadora debe incorporarse el día **12 tenga o no contestación**.

Como puede resolver el SPS

- **Considera correcta el alta médica.** En este caso no se ha dado la razón a la persona trabajadora y tendrá que incorporase a su puesto de trabajo al día siguiente hábil tras recibir la resolución denegatoria.
- **Discrepa de la decisión tomada por el INSS**. El SPS ya no puede volver a dar la baja porque el único competente es el INSS, por eso, en el plazo de 7 días, le puede solicitar que reconsidere su decisión. Por su parte, el INSS podrá confirmar el alta por incapacidad temporal (se prorroga la baja hasta la fecha de la última resolución) o reconsiderar su comportamiento y mantener la baja (en este caso se prorroga la IT a todos los efectos). Si mantiene la baja deberá motivarla.
- **No contestar en el plazo de once días naturales desde la notificación del alta al trabajador.** Si no existe contestación, la impugnación debe considerarse desestimada y acudir a los tribunales.

Demanda

Si la resolución de la inspección médica confirma el alta y la persona trabajadora no está de acuerdo, tiene la posibilidad de acudir a los tribunales. La reclamación previa está expresamente excluida, por lo que cabe demanda directa, en el **plazo de 20 días** a contar desde la adquisición de **plenos efectos del alta médica** o desde la notificación del **alta definitiva** acordada por la entidad gestora.

En este caso, la persona trabajadora ya **no percibe el subsidio** derivado de la IT a partir de la fecha de la resolución y hasta que se resuelva la demanda judicial. Pero si esta resulta a su favor, se podría cobrar con carácter retroactivo.

Alta emitida una vez superados los 365 días de incapacidad temporal

Si el alta es una vez superados los 365 días, se tiene que seguir el **procedimiento ordinario.**

Al ser un procedimiento ordinario, el procedimiento a seguir es el indicado en las altas emitidas en los primeros 365 días por el servicio público de salud explicado anteriormente.

De manera resumida, **reclamación previa en el plazo de 11 días hábiles**, y tras la resolución denegando la reclamación previa, plazo de 20 días para presentar la demanda ante los tribunales.

2. Iniciación de un expediente de incapacidad permanente

En este caso se extingue la IT. Es un alta, a efectos de Tribunal, pero a nivel de prestación se prorroga la percepción de IT. Si antes de transcurridos los 545 días naturales, se deniega el derecho a la prestación de incapacidad permanente, el INSS será el único competente para emitir, dentro de los 180 días naturales posteriores a la negativa, una nueva baja médica por la misma o similar patología, reanudándose el proceso de IT hasta el cumplimiento de los 545 días.

3. Prórroga expresa

La prórroga se reconocerá exclusivamente por el tiempo que el EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades) estime que puede producirse la curación, con un máximo de 180 días. Si se estima que la curación dura más de este tiempo, entonces se procede a iniciar un expediente de Incapacidad Permanente, aun cuando las secuelas invalidantes no sean definitivas.

Mientras dura la prórroga, ya no se deben entregar partes a la empresa. La persona trabajadora debe recibir, por escrito, una notificación del INSS indicando esta prórroga que se aplica por defecto, sin que tenga que hacer ningún trámite. En esta resolución debe aparecer quién será el responsable del pago a partir de este momento, sin que la cuantía que venía cobrando se modifique (salvo convenio colectivo que a veces solo se complementa la cantidad a cobrar durante el primer año).

Durante esta prórroga, **la mutua y la Seguridad Social podrán hacer revisiones periódicas.** Igual que anteriormente, si no se acude a una revisión o reconocimiento de la mutua, se podrá retirar el derecho al subsidio, aunque no será motivo de alta médica. Sin embargo, si no se acude a una revisión del INSS podrá determinar el alta médica.

4. Nueva baja médica por la misma o similar patología en los 180 días siguientes a su alta médica (recaída)

Esta recaída sólo podrá realizarse por el INSS. En este sentido, el artículo 170 de la Ley General de la Seguridad Social establece que, una vez superados los 365 días de baja por incapacidad temporal, "el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal producida por la misma o similar patología, en los ciento ochenta días naturales posteriores a la citada alta médica".

En caso de recaída, se seguirá cobrando la incapacidad temporal, aunque la base reguladora puede que sea diferente, y por tanto la cuantía a percibir.

3.12. A PARTIR DE LOS 545 DÍAS

A partir de esta fecha no subsiste la obligación de cotizar por parte de la empresa. Aunque debe quedar claro que **el puesto de trabajo no se pierde,** el contrato queda únicamente suspendido.

A partir de aquí, el Tribunal Médico (o EVI) hay que pasarlo, si no se ha recibido la convocatoria es por problemas del propio INSS. Se deberá esperar.

Agotado el plazo máximo de 545 días naturales (en teoría, pero no en la práctica por problemas del propio INSS) desde el inicio de la baja, el INSS, deberá optar por:

1. Que se estime que no es necesaria la incapacidad, ni más tiempo de baja, y se dé por extinguida la incapacidad temporal por curación o mejoría: **alta médica.**
2. Conceder **la incapacidad permanente**.
3. **Demorar** (de manera excepcional) **la calificación** de la incapacidad permanente durante seis meses más (sin que en ningún caso se puedan rebasar los 730 días naturales sumados los de incapacidad temporal (365) y los de prolongación de sus efectos (180 días)).

Sea cual sea la decisión de la Seguridad Social, **te informarán de ello por SMS** y después por carta. Sin necesidad de que vuelvas hasta entonces al trabajo.

1. Alta el trabajador por curación o mejoría que le permita realizar su trabajo habitual

Ante esta situación que da por extinguida la baja **(notificada primero por vía SMS)**, la persona trabajadora tiene **la obligación de volver a trabajar,** en caso contrario te podrían despedir.

Ante este alta de la IT con denegación de incapacidad permanente se puede mostrar la disconformidad ante los tribunales, presentando previamente una reclamación previa. Este hecho **no exime de volver a reincorporarse al puesto de trabajo.** Es necesario en este caso solicitar la adaptación del puesto de trabajo. Mientras, se puede disfrutar de las vacaciones que quedaron pendientes.

2. Demorar (de manera excepcional) la calificación de la incapacidad permanente durante seis meses más (sin que en ningún caso se puedan rebasar los 730 días naturales sumados los de incapacidad temporal (365) y los de prolongación de sus efectos (180 días)

En aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la ***expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador****, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, esta podrá retrasarse por el período preciso, sin que en ningún caso se puedan rebasar los* ***setecientos treinta días naturales sumados los de incapacidad temporal y los de prolongación de sus efectos.***

Durante este periodo se suspende el contrato de trabajo y por tanto no subsiste la obligación de cotizar, aunque seguirá recibiendo el subsidio por incapacidad temporal en la misma cuantía que venía recibiendo hasta ahora a cargo de la mutua, INSS o empresa colaboradora.

Además, en la práctica, este periodo podría superar los seis meses. La prestación se percibirá hasta la fecha de resolución, en la que se concede el alta médica o la incapacidad permanente.

LGSS 2015, art. 174.1

3. Iniciación de un expediente de incapacidad permanente

Si el INSS inicia, por considerar que la persona trabajadora no está recuperada para el trabajo, un expediente de incapacidad permanente se debe examinar, necesariamente, su estado a efectos de su calificación, en el plazo máximo de tres meses, para la determinación del grado de incapacidad permanente que corresponda.

En este momento se estará en la situación de **prolongación de efectos económicos** de la incapacidad temporal hasta que se califique la incapacidad permanente con la resolución (aun cuando la incapacidad permanente no se declare). Recordamos que la empresa no tendrá obligación de cotizar.

Según Sentencia del Tribunal Supremo, **cuando la baja temporal supera los 545 días, la entidad gestora es la obligada de examinar la capacidad laboral residual del incapacitado en el plazo máximo de tres meses. El transcurso de ese plazo no supone el fin de la prórroga del derecho al subsidio, que continúa hasta que se dicta la oportuna resolución.**

Es decir, se va a cobrar hasta la fecha de la resolución en la que o bien se concede o bien se deniega la incapacidad permanente, aunque supere, en la práctica, esos tres meses que la ley determina.

- **Si no se concede la incapacidad permanente** la trabajadora o el trabajador tiene el derecho y la obligación de reincorporarse a su puesto de trabajo. Si no lo hace, podrá ser considerado como abandono del puesto de trabajo, perdiendo el derecho a una indemnización y desempleo.
- **Si se reconoce la incapacidad permanente,** la relación laboral se extingue siempre que no sea con derecho a que la persona trabajadora tenga que ser recolocada en otro puesto de trabajo, según lo indicado en el convenio colectivo.

Normalmente, el INSS determina una **incapacidad permanente revisable**. En dicho caso, la empresa está obligada a **reservar el puesto de trabajo** por un periodo de dos años que empieza a contar desde la fecha de la resolución por la que se declara la incapacidad permanente. La empresa liquida (vacaciones, pagas extras, etc.) a la persona trabajadora, pero no debe indemnizar (el trabajo no se pierde). Si te dan el alta tras estos dos años y no se mantiene la incapacidad, hay que incorporarse al puesto de trabajo.

Si pasados esos **dos años**, la incapacidad permanente no se revoca por parte del INSS, la relación laboral se extingue de manera definitiva.

Si existe una mejora de la cuantía que se percibe durante la incapacidad temporal porque así lo establece el convenio colectivo, se seguirá percibiendo a pesar de que transcurran los 545 días, salvo que el convenio establezca lo contrario de manera expresa.

¿Puedo exigir las vacaciones después de 18 meses de baja?

Las vacaciones son **un derecho irrenunciable**. De manera que sí se puede disfrutar de las vacaciones tras una baja de 18 meses, según el periodo que te corresponda. Y se ha de solicitar a la empresa. Por otro lado, y en el supuesto de que tras ese año y medio se obtenga una pensión de incapacidad, las vacaciones **debe abonarlas el empresario como no disfrutadas.** Tampoco se pierden en ese caso.

Estos derechos se pueden reclamar en un plazo de un año y medio **desde que finaliza el año natural donde se enmarcan esas vacaciones** que no se han aprovechado.

¿Y puedo coger una nueva baja por IT?

Si se extingue el derecho a la prestación de IT por el transcurso del plazo de 545 días naturales de duración, con o sin declaración de incapacidad permanente, solo podrá generarse derecho a la prestación económica de IT por la **misma o similar patología,** si media un periodo superior a 180 días naturales, a contar desde la resolución de la IP:

- **Si han transcurrido más de 180 días** será necesario una cotización de 180 días naturales a contar desde la resolución de la incapacidad permanente (denegada o no) para las incapacidades temporales derivadas de una contingencia común, es decir, accidente no laboral o enfermedad común.

- **Si no han transcurrido más de 180 días** desde la denegación de la incapacidad permanente, puede iniciarse un nuevo proceso de incapacidad temporal por una sola vez, ***cuando el INSS considere que el trabajador puede recuperar su capacidad laboral.*** Dos cuestiones importantes que merecen aclaración:

  Según la ley, si el INSS considera que la persona trabajadora puede **recuperar su capacidad laboral y sólo por una vez,** acordará la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica de IT. Es decir, si se puede recuperar de las lesiones no se cobrará, y si hay recaída, tampoco.

  Ojo: si no es por **la misma o similar patología**, en principio no debería haber problemas.

3.13. ¿CUÁNDO SE EXTINGUE EL DERECHO AL SUBSIDIO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL?

LGSS 2015, art. 174

El derecho al subsidio se extinguirá:

- Por el transcurso del plazo máximo de 545 días naturales desde la baja médica.
- Por alta médica por curación o mejoría que permita realizar su trabajo habitual.
- Por ser dado de alta, con o sin declaración de incapacidad permanente.
- Por el reconocimiento de la pensión de jubilación.
- Por la incomparecencia injustificada del beneficiario a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.
- Por fallecimiento.

4. INCAPACIDAD PERMANENTE

LGSS 2015, art. 193

Cuando las reducciones anatómicas o funcionales de la persona son graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas y disminuyen o anulan su capacidad laboral, se genera una situación de incapacidad permanente (IP).

Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación.

En casi todos los casos, la declaración de incapacidad permanente viene precedida de una incapacidad temporal, **aunque no es un requisito obligatorio** (a modo de ejemplo, Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 2001).

4.1. ¿QUÉ GRADOS HAY DE INCAPACIDAD PERMANENTE?

GRADOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE		
Grados	**Concepto**	**Cuantía**
Incapacidad Permanente Parcial	Disminución no inferior al 33% en el rendimiento normal para la profesión sin impedir otras tareas fundamentales de la misma. Compatible con el desarrollo de cualquier actividad laboral y con el trabajo que realiza.	Se indemniza con una cantidad a tanto alzado. La cuantía de la indemnización es igual a 24 mensualidades de la base reguladora que sirvió (o hubiera servido en caso de haber tenido derecho a dicha prestación), para el cálculo del subsidio de incapacidad temporal del que se deriva la incapacidad permanente.
Incapacidad Permanente Total	Impide la realización de la profesión habitual. Compatible con el salario que se pueda percibir en la misma empresa o en otra distinta, siempre que las funciones no coincidan con aquellas que dieron lugar a la incapacidad permanente total. No compatible con la jubilación.	Pensión vitalicia, que podrá excepcionalmente ser sustituida por una indemnización a tanto alzado, si se es menor de 60 años. La cantidad sería una 55% de la BR, si por edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presuma la dificultad de obtener empleo, se podrá incrementar la cantidad en un 20%.
Incapacidad Permanente Absoluta	Impiden cualquier trabajo, además la Gran Invalidez requiere de otra persona para realizar actividades básicas de la vida diaria. El disfrute de una de estas pensiones no impedirán el ejercicio de aquellas actividades, lucrativas o no, compatibles con el estado de la persona incapacitada y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo. a efectos de revisión. Siempre habrá que comunicar al INSS la intención de realizar un trabajo, y en algunos casos, puede ser que extinga la prestación. A partir de la edad de acceso a la pensión de jubilación será incompatible con el desempeño de un trabajo.	Pensión vitalicia del 100% de la base reguladora.
Gran Invalidez		La cuantía será la pensión que corresponda por IP (total o absoluta), más un complemento no inferior al 45% de la pensión, destinado a la persona que atiende al inválido o inválida.

LGSS 2015, Disposición Transitoria Décimo Sexta.

4.2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR PROFESIÓN HABITUAL?

En caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por la persona trabajadora al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que la persona trabajadora dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo anterior al inicio de la incapacidad (12 meses).

4.3. ¿SE NECESITA UN PERÍODO MÍNIMO DE COTIZACIÓN PARA ACCEDER A ESTAS PRESTACIONES ECONÓMICAS?

Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social

Para todas las situaciones de incapacidad permanente se exigen unos períodos mínimos de cotización según su grado, salvo que aquella derive de accidente, sea o no laboral, o de enfermedad profesional, en cuyo caso no se exige período previo de cotización.

En el caso de que no se haya agotado el período máximo de duración de la incapacidad temporal (365 días + prórroga de 180 días), los días que faltan para agotar dicho plazo se asimilan a días cotizados a efectos del cómputo del período mínimo de cotización exigido para tener derecho a la pensión de incapacidad permanente.

Integración de lagunas

Si en el período que ha de tomarse para el cálculo de la base reguladora aparecen meses en los que no existe obligación de cotizar, tal como señala el art. 197.4 del TRLGSS, se procederá a la integración de lagunas, según las siguientes reglas:

a) Las primeras cuarenta y ocho mensualidades se integrarán con la base mínima de entre todas las existentes en cada momento y el resto de las mensualidades con el 50% de esa misma base.

b) En los supuestos en que, en alguno de los meses a tener en cuenta para la determinación de la base reguladora, la obligación de cotizar exista sólo durante una parte del mismo, procederá la integración señalada anteriormente, por la parte del mes en que no exista obligación de cotizar, siempre que la base de cotización relativa al primer período no alcance la cuantía de la base mínima mensual señalada. En tal supuesto, la integración alcanzará hasta esta última cuantía.

El procedimiento de integración de lagunas está enfocado a las pensiones de incapacidad (además de la jubilación), **pero solo si derivan de enfermedad común**. Por tanto, con el objetivo de obtener la base reguladora de una incapacidad, se pueden sustituir los meses en blanco por el 100% (o el 50%, según proceda) de la base mínima.

Con **la salvedad de la indemnización en la incapacidad parcial**, ya que aquí la base reguladora es la de la baja médica.

Si la contingencia es accidente no laboral y la persona **no está de alta** ni asimilada en la Seguridad Social, también se podrá hacer uso de la integración de lagunas si la incapacidad es absoluta o gran invalidez, ya que la base reguladora se calcula de igual forma, pese a que en esta última se añade un complemento adicional.

Se dictaron unas reglas para los **empleados del hogar** que se iban a extender hasta 2018. Después el fin de estas se marcó para 2020. Sin embargo, se han pospuesto otros dos años más, y siguen estando vigentes. Hablamos, en resumen, de que **no pueden aplicar aún la integración de lagunas** en el cálculo de su prestación de incapacidad permanente -o de jubilación- si en el momento del hecho causante de la pensión están adscritos al Régimen Especial de Empleados de Hogar (REEH). En su lugar, se tienen en cuenta exclusivamente **los periodos efectivamente cotizados**.

RDL 3/2021
LGSS, art. 60

Complemento por maternidad

Este complemento para reducir la brecha de género está asociado a la acreditación de un perjuicio en la carrera profesional en los períodos posteriores a tener una hija o un hijo.

Solo puede darse a uno de los progenitores, va dirigido en principio a las mujeres, que sufren más en su vida laboral por ser madres; pero pueden solicitarlo también los padres siempre y cuando se hayan visto más perjudicados en la carrera laboral con ocasión del nacimiento (o adopción) de una hija o un hijo. Si ninguno se ha visto perjudicado por periodos sin cotizar o por reducciones de trabajo, el complemento se adjudicará a la madre. Si son dos mujeres, a la que tenga la pensión con un importe inferior (igualmente en el caso de dos hombres).

Es para la pensión contributiva por IP (también viudedad o jubilación anticipada o no), reconocidas a partir del 4 de febrero de 2021, pero no para la jubilación parcial, hasta que no se acceda a la jubilación plena.

¿Qué requisitos debo cumplir para recibirlo, además de tener hijos?

- Estar adscrito a cualquier régimen del sistema de la Seguridad Social y solicitar la pensión contributiva de incapacidad permanente, el complemento se sumará a la pensión.

- Los complementos que pudieran ser reconocidos en cualquiera de los regímenes de Seguridad Social serán incompatibles entre sí. Se abonará en el régimen en el que el causante de la pensión tenga más períodos de alta.
- Los hijos, nacidos con vida o adoptados, tendrán que estar inscritos en el Registro Civil.

¿En qué casos no se reconocerá el complemento al padre o a la madre?

- No se reconocerá el derecho al complemento al padre o a la madre que haya sido privado de la patria potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial.
- Tampoco se reconocerá el derecho al complemento al padre que haya sido condenado por violencia contra la mujer, ejercida sobre la madre.
- Ni al padre o a la madre que haya sido condenado o condenada.

4.4. ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE?

Orden 18 de enero de 1996, capítulo II

- **Inicio de la solicitud.** La solicitud de incapacidad permanente puede iniciarse a) de oficio: a iniciativa de la entidad gestora cuando proceda de una incapacidad temporal y haya sido dado de alta médica por agotamiento del plazo o por encontrarse en una situación constitutiva de incapacidad permanente, a petición de la Inspección de Trabajo o por petición del Servicio Público de Salud; b) a instancia de la/el trabajadora/or, o c) a instancia de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social (mutuas o empresas colaboradoras).
- **Procedimiento.** Se inicia rellenando un modelo de solicitud que facilita la Seguridad Social **(www.seg-social.es),** y en el que deben consignarse, en las correspondientes casillas, datos personales, familiares, económicos y médicos de la persona afectada.

Una vez presentada la solicitud, la trabajadora o el trabajador se deberá someter, en un breve plazo de tiempo, a unas pruebas médicas realizadas por los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI).

El EVI examinará el informe médico de síntesis, en el que queda recogido el historial médico del Servicio Público de Salud, o en su caso de la mutua, los informes de otros facultativos que haya aportado la parte interesada y el de

antecedentes profesionales; y procederá a emitir y a elevar/notificar al Director Provincial del INSS "dictamen-propuesta", para que dicte resolución expresa determinando o no la calificación de incapacidad permanente, reconociendo, en su caso, la situación de incapacidad permanente y su grado, así como la prestación económica que corresponda.

Orden 18 de enero de 1996, art.14

¿Qué plazo tienen para contestar?

Las Direcciones provinciales del INSS/ISM deben dictar resolución expresa en 135 días, a contar desde la fecha del inicio de los procedimientos de oficio o de la recepción de la solicitud en la Dirección Provincial del INSS.

Recordemos que en el supuesto de extinción de la incapacidad temporal por transcurso del período máximo de duración, el EVI elevará dictamen-propuesta al Director provincial dentro del plazo máximo de tres meses, salvo en aquellos casos en que la situación clínica del interesado haga aconsejable demorar la calificación que, en cualquier caso, no podrá rebasar los 730 días naturales siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal.

La resolución expresa es inmediatamente ejecutiva, es decir que en caso de ser desestimada la persona afectada tiene que volver a trabajar, independientemente de la presentación de los posteriores recursos (reclamación previa y demanda).

¿Y si no se resuelve nada?

Si no se dicta en dicho plazo se entenderá denegada (silencio administrativo). Por lo que igualmente, hay que ir a trabajar.

Orden 18 de enero de 1996, art. 18

4.5. ¿ES REVISABLE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE?

Sí, en caso de agravación, mejoría o error diagnóstico.

LGSS 2015, art. 200.2; Orden 18 de enero de 1996, art. 13.3

Además, toda resolución inicial o de revisión, por la que se reconozca una incapacidad permanente hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se puede instar la revisión por agravación o mejoría, en tanto que la persona pensionista no haya cumplido la edad mínima para acceder al derecho a la pensión de jubilación. No se podrá realizar la revisión antes de ese plazo.

En caso de realización de trabajos o error de diagnósticos la revisión podrá llevarse a cabo en cualquier momento.

LGSS 2015, art. 200.2

4.6. ¿Y SI LA INCAPACIDAD PERMANENTE VIENE DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Igual que cualquier incapacidad, si la Incapacidad permanente viene derivada de accidente laboral o enfermedad profesional los porcentajes a cobrar se incrementarán de un 30% a un 50% según la gravedad, si la lesión se ha producido con máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que no tengan las normas de prevención de riesgos laborales y de seguridad e higiene en el trabajo. Este recargo recae directamente sobre la parte empresarial que no ha cumplido las normas.

5. LESIÓN PERMANENTE NO INVALIDANTE

LGSS 2015, art. 201

5.1. ¿QUÉ ES?

Prestación que trata de compensar económicamente a la persona trabajadora por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, suponen una disminución o alteración de su integridad física, siempre que estén recogidas en el baremo establecido al efecto.

5.2. ¿EN QUÉ CONSISTE LA PRESTACIÓN?

LGSS 2015, art. 201

Se indemnizan por una sola vez con las cantidades que figuran en el vigente baremo de indemnización, sin perjuicio del derecho a continuar trabajando en la empresa. La responsabilidad del pago recae en la mutua colaboradora o entidad gestora que esté obligada al pago de las prestaciones por incapacidad permanente derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

5.3. ¿SE PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?

Es incompatible con las prestaciones por incapacidad permanente (salvo que sean independientes) y es compatible con el trabajo, incluso en la misma empresa.

LGSS 2015, art. 203

Orden 18 de enero de 1996, disposición adicional primera

Como en cualquier otra incapacidad permanente, corresponde a las Direcciones Provinciales del INSS, a través del EVI, dictar resolución en un plazo máximo de 135 días.

Son revisables por agravación de las secuelas que motivaron la indemnización por las lesiones permanentes no invalidantes, sin impedir que se pueda solicitar el reconocimiento del derecho a las prestaciones por incapacidad permanente derivada de la contingencia que corresponda.

Orden 18 de enero de 1996, art. 16; LGSS 2015, art. 164

5.4. ¿TAMBIÉN SE COBRA RECARGO DE PRESTACIONES?

Sí, todas las prestaciones económicas que tengan su causa en accidente de trabajo o enfermedad profesional; si existe responsabilidad empresarial, por falta de medidas preventivas, la indemnización podrá tener un recargo de esas prestaciones, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50 por 100.

6. MUTUAS E IT POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

En su papel de entidades gestoras de las prestaciones por accidente de trabajo y enfermedades profesionales, las mutuas deben prestar una serie de servicios: asistencia sanitaria y rehabilitadora y prestación económica. Además, pueden otorgar una prestación especial y llevar a cabo algunas actividades de prevención en las empresas donde cubra las contingencias profesionales.

6.1. ¿QUÉ PASA SI LA MUTUA DICE QUE LA BAJA NO ES PROFESIONAL?

En el caso de que una persona acuda a la mutua por considerar que está ante un accidente de trabajo o ante una enfermedad profesional, y allí al atenderle discrepan y piensan que la patología es común y es derivado a su médica o médico de familia, tiene que **motivar esa discrepancia** con informes y pruebas que fundamenten la consideración de contingencia común.

Se debe hacer una reclamación en la misma mutua, dejando constancia del desacuerdo y pidiendo expresamente que se reconsidere el origen laboral de su enfermedad.

La reclamación se puede hacer a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones, http:// www.ovrmatepss.es/virtual/ o por teléfono (902.112.651), o bien mediante formularios disponibles en las ventanillas de la mutua.

¿Y si no me quieren atender?

Siempre tienen que atender, ya que tienen que valorar si es o no profesional. En caso de urgencia o riesgo vital tienen que dar, además, asistencia sanitaria.

¿Y una vez en el servicio público de salud?

Una vez en el servicio público de salud y si éste emite una baja por contingencia común, se puede iniciar la determinación de contingencia ante el INSS. El facultativo que emite el parte de baja también puede formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la mutua, sin perjuicio de que el parte médico produzca plenos efectos. Es decir, la determinación de la contingencia la puede iniciar a la vez la trabajadora/or y el servicio público de salud.

¿Quién tiene la última palabra?

El INSS es quien determina si una patología o una situación de baja es de origen profesional.

6.2. DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA

Disposición Final Tercera del RD 625/2014 por el que se modifica el RD 1490/2009, art.6

¿Qué es?

Es un procedimiento administrativo para determinar por parte del INSS si la contingencia es de origen profesional o común.

¿Quién puede iniciar el procedimiento?

Este procedimiento lo puede iniciar, a partir de la fecha de emisión del parte de baja médica:

a) El INSS de oficio o como consecuencia de una petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o del Servicio Público de Salud.

b) A instancia de la trabajadora/or o su representante legal.

c) A instancia de las mutuas o empresas colaboradoras.

¿Cómo trabajadora/or qué aporto?

Se deberá acompañar la solicitud con toda la documentación que avale y justifique la consideración como profesional de la contingencia: evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, información y formación preventiva recibida, etc.; así como todos los informes y pruebas médicas realizados.

¿Ante quién se presenta?

A la dirección provincial del INSS.

¿Qué hace el INSS?

Una vez recibida la solicitud el INSS lo comunica al servicio público, a la mutua o a la empresa colaboradora, según corresponda, para que en el plazo improrrogable de **cuatro días hábiles** aporten los antecedentes relacionados con el caso e informen sobre la contingencia.

También se informa a la persona interesada, que dispone de un plazo de diez días hábiles para aportar la documentación y hacer alegaciones.

Asimismo, podrá solicitar los informes y realizar cuantas actuaciones considere necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos para dictar resolución.

El Equipo de Valoración de Incapacidades emitirá un informe preceptivo, que elevará a la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, quien se pronunciará sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad.

¿Cuánto tiempo tiene para decidir?

El INSS se pronunciará sobre la contingencia en un **plazo máximo de quince** días hábiles a contar desde la aportación de la documentación de las partes interesadas o del agotamiento de plazos para la entrega de esta documentación.

¿Qué dirá el INSS?

En la resolución determinará la contingencia (si es común o profesional) y si el proceso es recaída o no de otro anterior; así como los efectos que correspondan en el proceso de IT y el sujeto responsable de las prestaciones económicas y sanitarias.

¿Se cobra mientras se resuelve?

Sí, desde el momento que se emite el parte de baja por contingencias comunes, se abona la prestación de IT hasta la fecha de resolución del procedimiento. La mutua debe pagar la diferencia si la resolución determina el carácter profesional de la contingencia.

¿Cómo se entera la persona en cuestión?

El INSS tiene la obligación de comunicar la resolución a la persona interesada, además de a la empresa, a la mutua y al Servicio Público de Salud.

Ante la negativa, ¿se puede interponer reclamación previa?

No. Esta resolución del INSS agota la vía administrativa, ya que tiene los mismos efectos que una reclamación previa. Por lo que, si no se está de acuerdo con la negativa se debe acudir a la vía judicial.

6.3. ¿QUÉ SE PUEDE HACER SI LA MUTUA DA EL ALTA MÉDICA EN CONTINGENCIAS PROFESIONALES?

En el caso de que la mutua otorgue el alta médica en contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional) antes de los 365 días de baja, y la persona afectada no esté conforme y considere que aún no se ha recuperado para poder realizar su trabajo, puede formalizar ante el INSS el **procedimiento de revisión establecido en el art. 4 del RD 1430/2009,** en un plazo de 10 días, y que le permite no reincorporarse al trabajo hasta la resolución del procedimiento, prorrogándose los efectos de la situación de incapacidad temporal.

RD 1430/2009, art. 4 (modificdo en su apartado dos por la disposición Final tercera del RD 625/2014)

6.4. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE ALTA MÉDICA REALIZADA POR LA MUTUA

¿Cómo se hace?

Lo inicia la persona interesada, en un plazo de 10 días hábiles siguientes a la notificación del alta médica, ante el INSS, con un Modelo Reglamentario (disponible en la página web de la Seguridad Social: www.seg-social.es).

¿Qué más cosas importantes hay que saber?

El documento anterior 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.

Y se debe comunicar a la empresa el mismo día o el día siguiente hábil de presentar su solicitud, también a través de un Modelo Reglamentario (disponible en la página web de la Seguridad Social: www.seg-social.es).

¿Qué hace el INSS?

Se lo comunica a la mutua para que, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles, aporte los antecedentes relacionados con el proceso de incapacidad temporal de que se trate e informe sobre las causas que motivaron la emisión del alta médica.

¿Qué puede hacer la mutua?

Puede no presentar ninguna documentación, entonces sólo se tendrá en cuenta para la resolución la información facilitada por la persona que inicia el procedimiento.

O bien, puede aportar la documentación solicitada y sigue adelante el procedimiento con dicha documentación.

También puede reconocer la improcedencia del alta emitida, lo que motivará, sin más trámite, el archivo inmediato del procedimiento.

¿Qué pasa después?

La Dirección Provincial emite en el plazo de 15 días hábiles -a contar desde la aportación de la documentación solicitada a la mutua- una RESOLUCIÓN que puede ser:

- Confirmación del alta de la mutua.
- Mantenimiento de la situación de IT, al considerar que la persona reclamante todavía tiene dolencias.
- Declaración de nulidad del alta de la mutua, si esta persona 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.

¿Hay que ir a trabajar?

Desde la presentación de la solicitud de revisión la trabajadora o 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, deberá devolver el importe de la prestación percibida en ese periodo.

¿Y para no tener que devolver la prestación recibida en caso de respuesta negativa?

Se puede solicitar una baja médica derivada de contingencia común en el servicio público de salud.

En este caso, el SPS, al conocer que ha existido un proceso previo de incapacidad temporal, derivada de contingencia profesional, en el que se ha dado el alta médica, debe comunicar a la entidad gestora competente la existencia de dos procesos distintos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados.

6.5. RECARGO DE PRESTACIONES

Cuando se produce un accidente de trabajo o enfermedad profesional como consecuencia directa de la falta de medidas preventivas se le puede imponer a la empresaria/o la obligación de pagar un Recargo de Prestaciones.

¿Qué es?

Es un aumento en la cuantía de todas las prestaciones económicas que se generan cuando se produce el accidente de trabajo o la enfermedad profesional, y

en función de la gravedad de la infracción en materia de prevención de riesgos laborales, este aumento se determinará entre un 30 a 50 por ciento.

¿Cómo se consigue?

Tanto la persona afectada como sus familiares podrán formular denuncia a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) solicitando en la misma el recargo de prestaciones, o bien acudiendo directamente ante la Dirección Provincial de la Seguridad Social, ya que es a quien le compete en última instancia declarar y determinar la responsabilidad y alcance del recargo.

En ocasiones, es tramitado de oficio, es decir, la propia Inspección de Trabajo es la que detecta que la empresa ha incumplido con su obligación de implantar las medidas de prevención. En los casos de accidente grave, muy grave o mortal, la ITSS acude al centro de trabajo donde ha tenido lugar el accidente para investigar las causas del mismo.

6.6. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE SE RECONOZCAN LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES?

Porque implica una serie de ventajas:

- El tratamiento médico-farmacéutico es gratuito.
- Los porcentajes de la base reguladora son más altos.
- No es necesario acreditar ningún periodo de carencia para tener acceso a las prestaciones económicas.
- Proporciona una buena base para solicitar indemnizaciones por posibles incumplimientos empresariales de la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Acceso a la Prestación de asistencia social.
- Pago de los gastos de transporte del accidentado.
- 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 que estos daños vuelvan a repetirse.

ACCIDENTE DE TRABAJO

1. ¿Qué es un accidente de trabajo?

LGSS 2015, art. 156

El artículo **156 del Real Decreto Legislativo 8/2015,** de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) define como accidente de trabajo "toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena".

Esta definición será de aplicación a los "trabajadores por cuenta propia o autónomos" y a los "trabajadores autónomos económicamente independientes" y trabajadores por cuenta propia agrarios" (voluntario).

2. ¿Qué tiene que darse para ser considerado accidente de trabajo?

Para que sea considerado accidente de trabajo tiene que existir una **lesión o daño corporal** (físico o psíquico) y la lesión tiene que ser causada o por **consecuencia** (causa directa o inmediata) o con **ocasión** (causa indirecta o mediata) del trabajo.

Por tanto, es accidente de trabajo una fractura producida durante la prestación de servicios, pero también el estrés laboral y el "mobbing" cuando se presentan como consecuencia de la actividad laboral. También es accidente de trabajo una depresión que surge a raíz de un problema de acoso sexual en el trabajo. Y es que en ocasiones el daño surge inmediatamente, y en otras ocasiones el daño es diferido en el tiempo.

3. ¿Qué situaciones se consideran accidente de trabajo?

LGSS 2015, art. 156.2

a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo ("in itinere").

Las personas trabajadoras autónomas también están protegidas si sufren un accidente "in itinere".

¿Qué establece la jurisprudencia?

- que la finalidad principal y directa del viaje esté determinada por el trabajo (**elemento teológico**). Si la persona accidentada de "motu proprio" decide realizar cualquier gestión privada, el elemento teológico deja de existir, es decir se rompe el nexo causal.

El fin del desplazamiento es ir o volver al trabajo. Aunque las sentencias van aceptando el desplazamiento a la revisión médica de empresa; cobro; desayuno, etc.

- que se produzca en el trayecto habitual y normal que debe recorrerse desde el domicilio al lugar de trabajo o viceversa (elemento topográfico).

Tres consideraciones: 1) El domicilio puede ser el habitual, legal, real, de hecho o incluso de vacaciones; 2) sólo se considera accidente una vez comenzado el desplazamiento (una vez se sale de la vivienda); y 3) las paradas o desviaciones breves se admiten siempre que no incremente el riesgo y la finalidad principal y directa del viaje, sea por motivo del trabajo, que sean comportamientos de la convivencia normal (ej. una conversación con un amigo), o que sean realmente admisibles.

- que el accidente se produzca dentro del tiempo prudencial que habitualmente se invierte en el trayecto **(elemento cronológico)** y que el recorrido no se vea alterado por desviaciones o alteraciones temporales.

Todas las desviaciones o paradas que se produzcan por motivos laborales o de gestiones de trabajo están justificadas, pero también se pueden justificar otras por motivos personales (tipo médicas, averías, repostar gasolina, deberes públicos, una trabajadora que deja a sus hijos en casa de su madre cuando se trata de una semana de vacaciones lectivas…). Pero, por ejemplo, se rompe el elemento causal cuando una trabajadora realiza kilómetros de más y en dirección opuesta al lugar de trabajo para dejar a sus hijos en el colegio.

- que el trayecto se realice en medio normal de transporte, utilizado racionalmente por la trabajadora o el trabajador **(elemento mecánico o idoneidad de medios).** Transporte apropiado es el que habitualmente esté utilizando y cuando no se actúe con imprudencia grave o temeraria o la empresa no lo haya prohibido expresamente.

La jurisprudencia ha venido entendiendo que la conducción bajo los efectos de bebidas alcohólicas no tiene porqué ser calificada de forma automática de imprudencia grave o temeraria, tampoco la infracción de normas de tráfico, pues no todos los incumplimientos de las mismas son calificables de temerarios, igualmente ocurre con la simple infracción de las normas reguladoras del tráfico, debiendo analizarse en cada caso concreto las circunstancias.

b) Mientras se desempeñan **cargos electos de carácter sindical,** así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

c) Al realizar tareas que no son las propias del trabajo pero se cumplen **órdenes de la empresaria/o,** o espontáneamente en interés **del buen funcionamiento de la empresa.**

Accidente en misión: Se trata de una modalidad específica de accidente de trabajo en la que se produce un desplazamiento de una trabajadora o un trabajador para realizar una actividad encomendada por la empresa.

d) Los acaecidos en **actos de salvamento** y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

e) Las **enfermedades** que no están en el listado de enfermedades profesionales, pero cuya causa directa sea la ejecución de un trabajo. Por ejemplo, enfermedades de la columna vertebral o de la espalda en actividades que impliquen trabajo manual pesado, posturas forzadas, inclinaciones o torsiones frecuentes; también algunos trastornos mentales como el *mobbing* o el *burnout* ligados a la exposición a factores de riesgo psicosociales.

f) Las **enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad,** que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del **accidente**. Las mutuas suelen rechazar unos determinados tipos de lesiones osteomusculares alegando que son de tipo degenerativo, ignorando que tengan relación con el trabajo en cualquier circunstancia, pero esto debe cambiar, basándonos en las sentencias que nos avalan.

"Es cierto que el trabajador ya padecía lesiones degenerativas en su columna vertebral antes del accidente. Pero esa patología no le había mermado sus facultades para ejercer las labores propias de la profesión que ejercía -no consta siquiera la existencia de bajas anteriores a causa de esas dolencias- y después del accidente quedó incapacitado. El supuesto aparece así como paradigma del mandato legal: lesiones anteriores al accidente que se agravan a consecuencia del sufrido en el desempeño del trabajo". Tribunal Supremo 23 de febrero de 2010 (R. 2348/2009) y de 3 de julio de 2013 (R. 1899/2012)

Igualmente ocurre en cualquier otro tipo de patologías, incluidas las de carácter mental. Así por ejemplo, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en sentencia de fecha 15 de julio de 2014, establece que:

"En el caso de autos, la situación de incapacidad temporal cuya contingencia se discute viene determinada por una patología denominada síndrome de fatiga crónica que, en el concreto caso de la demandante, está asociado al síndrome de sensibilidad química múltiple que presenta y surge por una predisposición genética, que se ha activado al contacto con los productos tóxicos y gases de combustión que tiene en su trabajo, en lo que constituye un ejemplo típico de enfermedad previa agravada, propia del art 115.2 f LGSS"

g) Las **enfermedades intercurrentes,** que surjan o por un accidente o durante el proceso de curación del mismo. Por ejemplo, que raíz de un accidente haya que operar y durante la intervención quirúrgica sufra una infección por un virus de quirófano, las lesiones derivadas de esta nueva situación también son accidente de trabajo.

4. Toda lesión que ocurre en el lugar de trabajo, ¿es accidente de trabajo?

LGSS, art. 156.3.

En principio, sí. La carga de la prueba recae en la empresa. Establece la Ley que "se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo". La presunción alcanza no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita o violenta de un agente externo, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo causadas por agentes patológicos o externos.

¿Y si tengo un infarto?

Por la presunción anterior, el Tribunal Supremo acepta que las enfermedades de aparición súbita en tiempo y lugar de trabajo, como pueden ser las enfermedades cardíacas o los accidentes cerebro-vasculares, también pueden ser consideradas como accidente de trabajo.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en su sentencia 1075/2020, de 15 de septiembre de 2020, ha considerado accidente laboral el fallecimiento por infarto de un comercial que desarrollaba el trabajo a distancia desde su domicilio.

Esta calificación responde a que el infarto se desencadena en tiempo de trabajo, presumiendo que la persona trabajadora fallecida estaba llevando a cabo en su domicilio alguno de los cometidos administrativos que formaban parte de su prestación de servicios.

Por otro lado, la sentencia dicta que, aunque el *"trabajador presentase antecedentes cardíacos, esto no es suficiente para destruir la presunción ni permite destruir la calificación de accidente de trabajo".*

También es accidente de trabajo:

a) «La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira».

b) En los que existe culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo (ej. Accidente producido al separar una pelea de compañeros de trabajo).

5. ¿Qué no es accidente de trabajo?

LGSS, art. 156.4

a) Los que sean debidos a **fuerza mayor extraña al trabajo,** entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que no guarde ninguna relación con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. No es fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

b) Los que sean debidos a **dolo o a imprudencia temeraria** de la persona que se accidenta.

¿Qué es imprudencia temeraria?

Cuando la persona accidentada desobedece las normas, instrucciones u órdenes dadas por la empresa de forma reiterada y notoria en materia de Seguridad e Higiene. Si coinciden riesgo manifiesto, innecesario y grave, la jurisprudencia viene entendiendo que existe imprudencia temeraria, si no será una imprudencia profesional.

¿Qué es dolo?

Si la persona se accidenta de forma consciente, voluntaria y de mala fe para obtener las prestaciones que puedan derivarse del reconocimiento del accidente.

6. ¿Qué debemos hacer para que se reconozca el accidente de trabajo?

- Acude a la mutua colaboradora o al servicio médico de empresa si existe. La empresa debe cumplimentar y proporcionar el correspondiente “volante de asistencia”, que se entregará a la mutua. Es conveniente que se refleje lo más fielmente posible la lesión, lugar y tiempo, así como la forma en que ha ocurrido el accidente.
- Poner el accidente en conocimiento de las delegadas y los delegados de prevención. Son la representación de las trabajadoras y los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales. Deben conocer todos los accidentes que tengan lugar en la empresa.

- Pedir copia del parte de accidente de trabajo. Una vez emitida la baja médica por la mutua, la empresa debe cumplimentar un parte de accidente de trabajo que remitirá telemáticamente a dicha entidad. Exige tu copia.
- En el caso de que no nos dé la baja, debe darnos un justificante de la asistencia recibida.

Orden 13 de octubre de 1967, art. 20.2

7. ¿Qué es el volante de asistencia?

Es el documento que la mutua exige a quien va a ser atendido y sirve de reconocimiento de la empresa de que ha habido un accidente de trabajo. Cuando no se lleva el volante, la mutua tiene que atendernos, aunque si la empresa no envía, a posteriori, el volante a la mutua, puede ocurrir que la mutua quiera cobrar la atención sanitaria que ha prestado. En este caso, le entregará a la persona lesionada una *Declaración de gastos a cargo del trabajador.*

En el caso de que la empresa no nos entregue el volante de asistencia, se podrá denunciar ante la Inspección de Trabajo.

Hay que tener claro que el volante de asistencia no sustituye el parte de accidente de trabajo.

Orden 16 diciembre de 1987. Orden TAS/2926/2002 de 19 de noviembre. Resolución de 26 de noviembre de 2002

8. ¿Qué es el parte de accidente de trabajo?

Es el documento oficial que se debe cumplimentar de manera telemática cuando se produce un accidente de trabajo o recaída que comporte la **ausencia** de la/el trabajadora/or del puesto de trabajo de, como mínimo, un día (sin contar el día en que se accidentó) o se haya producido el **fallecimiento.**

En el caso de que se produzca un accidente de trabajo pero éste no ocasione la ausencia al trabajo superior a un día, ni la prescripción de baja médica, se notifica de forma electrónica a través de la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica.

La responsabilidad de la cumplimentación del parte de accidente recae en la empresa con trabajadoras/es por cuenta ajena; o en los trabajadoras/es por cuenta propia, en sus propios accidentes (LPRL, art. 23.3).

¿A quién tiene que comunicárselo la empresa?

La tramitación se lleva a cabo a través de procedimientos electrónicos y tiene lugar obligatoriamente e íntegramente a través del sistema Delt@. Este sis-

tema envía automáticamente todos los partes de accidente firmados por la empresa o por la/el trabajadora/or por cuenta propia a la entidad gestora o colaboradora que se indique en el parte de accidente como responsable de la cobertura de la contingencia.

Una vez que la entidad gestora o colaboradora recibe el parte de accidente, decide si lo acepta y dispone de un plazo de diez días hábiles para trasladarlo a la autoridad laboral de la provincia donde radique el centro de trabajo. Para ello debe comprobar que la información contenida es correcta y si advierte errores puede subsanarlos la mutua o devolver el parte a la empresa (indicando el motivo de la devolución en la casilla correspondiente) para que subsane estos errores en el plazo de cinco días.

La Autoridad Laboral también puede devolver el parte de accidentes a la Entidad Gestora o Colaboradora, explicando el motivo de la devolución en la casilla correspondiente. Si, en cambio, el parte de accidente es aceptado por la Autoridad Laboral, se termina el procedimiento, y se da traslado del parte de accidente firmado por sus tres actores (empresa, Entidad Gestora o Colaboradora y Autoridad Laboral) a la correspondiente Unidad Provincial de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y a la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

En el momento de hacer la comunicación electrónica, la empresa conservará su copia como justificante, pero deberá entregar copia a la persona accidentada y a la representación de las trabajadoras y los trabajadores en materia de prevención.

La persona accidentada tiene derecho a recibir la copia que le facilite la empresa, o bien la puede solicitar directamente a la mutua. En todo caso, siempre tiene que tener el sello de la empresa, que en este tipo de comunicación electrónica es un sello digital (una serie de números y cifras) y las/os delegadas/os de prevención tienen derecho a recibir una fotocopia de este documento en virtud de los artículos 36.2) y 39 de la LPRL.

Orden de 16 diciembre de 1987

¿Cuál es el plazo para comunicarlo?

El plazo máximo de comunicación es de **5 días hábiles,** contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica.

En el caso de accidentes mortales, que sean considerados como graves o muy graves o que el accidente ocurrido afecte a más de cuatro trabajadoras/es, pertenezcan o no en su totalidad a la plantilla de la empresa, ésta comunicará en el

plazo máximo de 24 horas este hecho, por vía telemática, telegrama, fax u otro medio de comunicación análogo, a la autoridad laboral de la provincia donde haya ocurrido el accidente.

La relación de accidentes sin baja médica se debe comunicar en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos.

ENFERMEDAD PROFESIONAL

1. ¿Qué es una enfermedad profesional?

Según el **art. 157 de la Ley General de la Seguridad Social,** una enfermedad profesional es "la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades vigentes, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional".

Esta definición será de aplicación a los "trabajadores por cuenta propia o autónomos" y a los "trabajadores autónomos económicamente independientes" y "trabajadores por cuenta propia agrarios" (voluntario).

2. ¿Todas las enfermedades del trabajo son enfermedades profesionales?

No. Para que una enfermedad pueda ser considerada y declarada como profesional se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Que la enfermedad esté incluida en el cuadro de enfermedades profesionales.
- Que la persona trabajadora esté o haya estado expuesta a las sustancias o elementos que en el cuadro de enfermedades profesionales se indican para cada enfermedad.
- Que la misma persona desempeñe o haya desempeñado su actividad en una de las ocupaciones que recoge el cuadro.

3. ¿Qué es el cuadro de enfermedades profesionales?

El Cuadro de Enfermedades Profesionales incluye la lista de enfermedades reconocidas como profesionales y los trabajos y sustancias que exponen al riesgo de contraerlas.

RD 1299/2006

La norma que regula las enfermedades profesionales es el **Real Decreto 1299/2006,** que contempla un primer anexo (Anexo I) en el que lista las enfermedades de origen profesional legalmente establecida y un segundo anexo (Anexo II) en el que se integran aquellas dolencias que no figuran en el Anexo I, pero cuyo origen profesional se sospecha y su inclusión en el citado cuadro puede contemplarse en el futuro.

Estas enfermedades profesionales se estructuran en grupos, en función del agente que caracteriza la enfermedad:

- Enfermedades causadas por agentes químicos (arsénico, fósforo, mercurio, cloro, ácidos, amoníacos, éteres, etc.)
- Enfermedades causadas por agentes físicos (ruido, vibraciones, posturas forzadas, movimientos repetitivos etc.)
- Enfermedades provocadas por agentes biológicos (infecciones y enfermedades contraídas directamente a causa de la actividad)
- Enfermedades causadas por inhalaciones y sustancias no comprendidas en otros apartados (polvo de sílice, amianto, carburos, caolina, aluminio. etc.)
- Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados (sustancias de alto o bajo peso molecular, agentes infecciosos, etc.)
- Enfermedades provocadas por agentes carcinógenos.

En cada uno de estos grupos se detallan enfermedades, agentes causales en el medio laboral y la actividad o actividades en los que pueden estar presentes. Pero atención, porque aunque en teoría es un listado cerrado, la redacción del propio cuadro hace que sea más amplio de lo que parece y puede atenuar e incluso hacer desaparecer la necesidad de uno u otro requisito, ya que en muchas ocasiones incluso el propio encabezado habla de “principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente”. Por eso, ante una posible enfermedad profesional merece la pena estudiarlo y buscar asesoramiento y apoyo en el sindicato.

4. Si tengo sospecha de que tengo una enfermedad profesional, ¿qué hago?

- Solicitar estudio de enfermedad profesional a la Mutua o al INSS (en función de con quién se tengan cubiertas las contingencias profesionales). El tiempo

que dura este estudio médico se considera período de observación, durante el cual, en caso de no poder trabajar, necesitará la baja laboral por enfermedad profesional.

- Ponerse en contacto con las/os asesoras/es del equipo de salud laboral de CCOO Madrid o de las Federaciones Regionales o Uniones Comarcales.

Real Decreto 1299/2006

5. ¿Quién notifica las enfermedades profesionales?

Son las entidades gestoras (INSS) o colaboradoras (Mutuas) que asumen la protección de las contingencias profesionales las encargadas de elaborar y tramitar los partes de enfermedad profesional. Si reconocen el origen laboral de la enfermedad deben proceder a su declaración, por vía electrónica, en el sistema CEPROS: Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Si se reconoce el origen laboral de la enfermedad se debe proceder a su declaración (independientemente de que haya baja laboral o no).

¿Cuáles son los plazos de presentación de los partes?

La entidad gestora o colaboradora dispone de 10 días hábiles a partir de la fecha de diagnóstico de la enfermedad para realizar la comunicación inicial, y para transmitir la totalidad de los datos del parte dispondrá de 5 días hábiles más.

En caso de que la empresa no remita la información necesaria a la entidad gestora o colaboradora en el plazo establecido, ésta tramitará el parte poniendo el incumplimiento en conocimiento de la autoridad competente (Autoridad Laboral).

La finalización de proceso se comunicará en el plazo de 5 días hábiles siguientes al hecho que motiva dicha finalización (alta por curación, alta con propuesta de incapacidad permanente, fallecimiento, alta con propuesta de cambio de trabajo, lesión permanente no invalidante, sin baja y otras causas).

Orden de 9 de mayo de 1962, que aprueba el reglamento del decreto 792/1961, de 13 de abril, art. 45

6. ¿Puede la empresa adaptarme o cambiarme de puesto de trabajo si tengo reconocida una enfermedad profesional?

Si como consecuencia de los reconocimientos médicos se descubre algún síntoma de enfermedad profesional que no constituya incapacidad temporal, pero cuya progresión sea posible evitar mediante el traslado a otro puesto de trabajo donde no haya riesgo, se deberá realizar dicho traslado dentro de la misma empresa.

Conforme a lo dispuesto en la Disposición adicional centésima vigésima tercera, de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, se establece una reducción en la cotización a la Seguridad Social del 50 por ciento de la aportación empresarial en la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes, en los supuestos de cambio de puesto de trabajo compatible con el estado derivado de enfermedad profesional.

Real Decreto 1430/2009, art. 5

Situación asimilada al accidente de trabajo para aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocado por el virus SARS-CoV-2

RDL 6/2020

El Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. En el primer apartado de su artículo quinto dice: *"… Al objeto de proteger la salud pública, se considerarán, con carácter excepcional, situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocado por el virus COVID-19".*

1. Los partes médicos de baja, confirmación y alta, así como de situaciones de aislamiento, serán emitidos en exclusividad por los **servicios públicos de salud.**
2. Las mutuas no pueden emitir partes de baja, confirmación y alta por contagio o cuarentena del Covid-19.
3. Para el abono de la prestación económica es un requisito imprescindible la emisión de los partes que justifiquen la situación:
   - El parte de baja y de confirmación (que pueden emitirse con retroactividad) se pueden emitir sin la presencia física de la persona "enferma" o en cuarentena/aislamiento. Se trasladará la información al ambulatorio del sistema público de salud para que dejen la documentación de baja y confirmación y se pase a recoger en administración del ambulatorio.
   - El parte de aislamiento zonal, también emitido por el Sistema Público de Salud, requerirá la confirmación de la procedencia del aislamiento por parte de la autoridad pública competente en cada Comunidad Autónoma.
4. La contingencia siempre será la de "Enfermedad Común".
5. No debe emitirse en ningún momento parte de accidente de trabajo.

6. Los partes deberán gestionarse a través del “Sistema RED” como cualquier otro parte de Contingencias Comunes, pero irán **codificados** como prestación económica por contingencia profesional. Esta es la única situación prevista con esta característica, por lo que es evidente que son situaciones derivadas de la Covid-19.

7. Los “códigos” que ha facilitado el **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones** para esta situación son los siguientes:

   CIE-10 ES:

   Z20.828: Contacto y exposición.

   B34.2: infección.

   CIE-9 MC:

   V01.79: Contacto exposición.

   079.82: infección.

8. Los códigos señalados serán admitidos por el INSS y no serán considerados errores.

   Los partes serán remitidos por el INSS quién realizará un procedimiento interno para reconvertir las bajas de estos códigos a “Accidente de Trabajo” y comunicárselo a las empresas y la mutua, a través de los intercambios de información definidos a tal efecto y que han sido notificados y explicados a quien trabaja con el “Sistema RED”.

   Es un caso particular en el que una situación de IT CC es considerada a efectos económicos para el pago de la prestación como accidente de trabajo. Por lo que es evidente y no requeriría justificación adicional, ya que, o es la enfermedad, o cuarentena.

   Otra cosa diferente es que se informe por la persona trabajadora al servicio de prevención de la empresa, para poner en marcha el procedimiento si tiene que establecer los “contactos estrechos” para posibles cuarentenas.

9. La “DURACIÓN” de los procesos se estima entre 5 y 30 días naturales, con parte de confirmación inicial de 7 días y no superiores a 14 días los siguientes.

7. ¿Qué hago si la mutua no me reconoce la enfermedad profesional?

- Si la mutua considera que la patología sufrida no es una enfermedad profesional deberá entregar un documento de denegación y aportar informes y pruebas que justifiquen por qué consideran la patología como contingencia común.

La Resolución de 19 de septiembre de 2007 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, establece que las Mutuas deberán remitir al INSS, de manera inmediata, todos los expedientes tramitados que se resuelvan sin considerar como enfermedad profesional, cuando cuente con indicios que pudieran hacer presumir su existencia.

- Si no se está de acuerdo con esta calificación de la mutua, se debe hacer una reclamación en la misma mutua, dejando constancia del desacuerdo y pidiendo expresamente que se reconsidere el origen laboral de su enfermedad.
- La reclamación se puede hacer a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones, por teléfono (902.112.651) o bien mediante formularios disponibles en las ventanillas de la mutua.
- **Acudir a la/el médica/o de familia**[13]. Contarle todo el proceso y solicitarle que emita un diagnóstico de sospecha del posible origen profesional (con baja, si el estado de salud te impide trabajar).
- Obtén copia de dicha "Comunicación de sospecha de enfermedad profesional". Una vez rellenado a través de la aplicación informática el documento, el facultativo entregará copia a la/el solicitante (que acudirá con su copia a la mutua para que le realice un estudio, diagnóstico y tratamiento) y al mismo tiempo, debe enviar el documento a la Inspección Médica de área, que dará traslado a la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

Los facultativos del Sistema Nacional de Salud (así como los de los servicios de prevención), deberán comunicar la existencia o la sospecha de una enfermedad considerada como profesional a través del organismo competente de cada Comunidad Autónoma, a la entidad gestora y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social (RD1299/2006, art. 5).

[13] Los facultativos del Servicio de Prevención también tienen esta misma obligación que el médico de familia.

- Si la mutua confirma la sospecha de enfermedad profesional, será ella quien emita los partes de baja y confirmación por enfermedad profesional, retrotrayéndose al primer día de baja y anulando, la Inspección Médica, la baja por enfermedad común, si la enfermedad hubiese requerido baja.
- Por el contrario, si la mutua considera que la patología en cuestión no es profesional, ya sólo queda que resuelva la Inspección Médica, que puede iniciar un expediente de determinación de contingencia (la persona afectada también puede iniciarlo).
- Si el INSS tampoco reconoce el carácter profesional de la enfermedad se puede ir a juicio y probar que sufre una patología profesional a través de una prueba pericial médica.

RDL 8/2015, art. 84

7. LAS MUTUAS Y LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

Cuando un accidente o enfermedad no se deriva del trabajo, entonces la incapacidad temporal será por contingencias comunes. Según la Disposición Adicional undécima, las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social gestionarán la prestación económica de las incapacidades temporales derivadas de contingencias comunes en aquellas empresas asociadas y de las/los trabajadoras/es que lo contraten con la misma.

RDL 1993/1995, art. 69
Ley 35/2014, art. 72

7.1. ¿CUÁNTO DURA EL CONTRATO CON LA MUTUA?

El convenio de asociación (contrato) con la mutua tiene una duración de un año, que se prorroga por períodos anuales. La empresa es la que realiza la cobertura de las contingencias comunes en el momento que formaliza el convenio de asociación con la mutua.

¿Se puede renunciar a tener cubiertas las contingencias comunes con la mutua?

Sí, se podrá renunciar a esta cobertura, para lo cual la empresa cursará a la mutua notificación, que deberá realizarse debidamente y con una antelación mínima de un mes a la fecha de vencimiento del convenio de asociación.

Una vez hecha la renuncia, la empresa no podrá acogerse a la cobertura de las contingencias comunes, hasta que vuelva a vencer el convenio de asociación, en cuyo momento podrá solicitarlo nuevamente a la entidad, también con una antelación mínima de un mes a la fecha de dicho vencimiento.

RD 1993/1995, art. 69

¿Cómo delegados tenemos algo que decir al respecto?

Sí, ya que para formalizar esta cobertura con una la mutua la empresa tiene que entregar a la mutua un informe emitido al respecto por el comité de empresa o delegada/o de personal, si existen en la empresa. Este informe es preceptivo pero no vinculante. Si no lo solicita, se podría denunciar a Inspección de Trabajo, que impondría seguramente una sanción.

Ley 35/2014. Disposición adicional undécima

7.2. ¿QUÉ COMPETENCIAS TIENE LA MUTUA?

La mutua es la que declara el derecho a la prestación económica, así como deniega, suspende, anula y declara la extinción del mismo, sin perjuicio del control sanitario de las altas y bajas médicas que corresponde a los servicios públicos de salud.

Todas las acciones que realice la mutua deben justificarse y hacerlo por escrito; para que tengan validez deben ser notificados a la/el beneficiaria/o.

RD 625/2014, art. 8

7.3. ¿QUIÉN CONTROLA LA BAJA?

Tanto el INSS como las mutuas pueden realizar el seguimiento y control desde el primer día en que se emite el parte de baja.

Tras la emisión de una baja, el servicio público de salud la remite al INSS, y éste a su vez remite una copia a la mutua correspondiente. Las mutuas se comunican vía informática con el INSS.

Verificación del estado médico de la persona trabajadora por parte de la empresaria o el empresario

Hemos de diferenciar reconocimientos médicos como medio de prevención de riesgo de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, del reconocimiento médico que la empresa está facultada a realizar dentro del poder de dirección y control de la actividad laboral ante una incapacidad temporal del trabajador.

El **art. 20.4 ET** dispone lo siguiente:

«El empresario podrá verificar el estado de salud del trabajador que sea alegado por este para justificar sus faltas de asistencia al trabajo, mediante reconocimiento a cargo de personal médico. La negativa del trabajador a dichos reconocimientos podrá determinar la suspensión de los derechos económicos que pudieran existir a cargo del empresario por dichas situaciones».

Por ello, la empresa puede contratar empresas médicas privadas para que contacten con las trabajadoras y los trabajadores en baja y hacerles un seguimiento del proceso.

Si bien, se está obligado a someterse a los reconocimientos, pero ello **no puede comportar, que tenga que asumir desembolsos para acudir a las visitas médicas presenciales.** Corresponde a la empresa satisfacer los gastos de desplazamiento, que se deriven de acudir a los controles del estado de salud, siempre que los mismos estén debidamente justificados.

Partiendo de que los datos obtenidos durante el reconocimiento médico del trabajador (sea por la empresa o por la mutua) son de carácter confidencial y reservado, **la empresa no puede conocer el resultado de las pruebas** realizadas, ni tan siquiera el diagnóstico, limitándose el servicio médico contratado a constatar si la persona trabajadora se encuentra o no enferma.

¿Y a qué datos tiene acceso?

En el control de la IT por contingencias comunes, el personal médico de las mutuas únicamente podrá acceder a las pruebas e informes médicos relativos a esta baja: “los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal forman parte de éste, por lo que tendrán acceso a los mismos los inspectores médicos adscritos al INSS y los facultativos de las mutuas respecto de los procesos por contingencia común correspondientes a los trabajadores protegidos por las mismas.”

RD/2014, art. 8

7.4. ¿ME PUEDEN CITAR LA MUTUA AUNQUE LA BAJA ME LA DÉ EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD?

Sí. Para llevar a cabo un control y seguimiento de la prestación económica, las mutuas también pueden realizar exámenes y reconocimientos médicos. Estos pueden ser realizados desde el primer día de la baja médica, y la incompare-

cencia injustificada puede ser causa de extinción del derecho a la prestación económica. Si bien, hay que recordar, deben citar con una antelación mínima de 4 días.

¿Qué tenemos que llevar a una mutua?

RD 625/2014, art. 8

En principio, no hay que llevar nada de forma obligatoria. Es el INSS quien envía toda la información necesaria para que la mutua gestione y controle la baja, es voluntario por parte de la/el trabajadora/or querer ampliar esa información.

No hay que dar información a través del teléfono, ya que si llama la mutua tiene toda la información necesaria y si llama alguien distinto a la mutua para el control de la IT, sólo podrá usar los datos si damos el consentimiento para ello (el art. 20.4 del Estatuto de los Trabajadores concede a la/el empresaria/o la facultad de verificar el estado de enfermedad o accidente de la/el empleada/o). Por lo que ante la duda, siempre se recomienda no responder a lo que se solicita por teléfono y presentarse a la cita formal que se haga para el reconocimiento médico.

¿Y me puede realizar pruebas médicas?

RDL 8/2015, art.82

Las mutuas podrán realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de cualquier baja.

Pero se necesita la **autorización del servicio público de salud y el consentimiento informado** de la persona en cuestión. El resultado de estas pruebas se pondrá a disposición de su médica/o de atención primaria, ya que realizar estas pruebas y tratamientos no supone que la prestación de asistencia sanitaria sea llevada por la mutua. La mutua tampoco puede cambiar el tratamiento o hacer pruebas sin el consentimiento de la persona trabajadora por escrito.

Una de las facultades de la mutua es verificar que la persona en situación de IT está siguiendo el tratamiento médico prescrito. Para ello, la mutua puede hacer análisis de orina o de sangre y comprobar que se está tomando la medicación correspondiente indicada por el servicio público de salud. Así lo establece el artículo 175 de la Ley General de la seguridad social: *"También podrá ser suspendido el derecho al subsidio cuando, sin causa razonable, el beneficiario rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado."*

Relacionado con el abandono del tratamiento médico, el **negarse a realizar una operación quirúrgica** no determina de manera automática la pérdida del

subsidio de incapacidad temporal, ya que habrá que valorar los riesgos de la operación, la existencia de una segunda opinión, etc.

En ningún caso las pruebas y tratamientos supondrán la asunción de la prestación de asistencia sanitaria derivada de contingencias comunes ni dará lugar a la dotación de recursos destinados a esta última.

7.5. PROPUESTA DE ALTA MÉDICA REALIZADA POR LA MUTUA

La mutua tiene un **amplio margen para controlar el proceso de incapacidad temporal de una persona trabajadora.**

Así lo establece el citado artículo 6 del Real Decreto 625/2014 en el que se indica que:

… a la vista de los partes médicos de baja o confirmación de baja, de los informes complementarios o de las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle (…) podrá formular propuestas motivadas de alta médica.

Por lo tanto, **desde el primer día la mutua tiene acceso a la documentación médica correspondiente a la incapacidad temporal.** Al principio, sólo tendrá acceso a los partes de baja y confirmación, que sólo contiene la causa de la baja, ya que no habrá más documentación al respecto. Sin embargo, **a partir del día 30 de la incapacidad temporal**, también podrá revisar los informes de control.

Estos informes contienen la siguiente información:

- Dolencias padecidas por el trabajador.
- Tratamiento médico prescrito.
- Pruebas médicas realizadas.
- Evolución de las dolencias e incidencias sobre la capacidad funcional del trabajador.

- La mutua puede realizar una propuesta de alta médica dirigida a la Inspección Médica del Servicio Público de Salud, quien dispone de un plazo máximo de 5 días para responder.
- **Simultáneamente, debe comunicar a la persona afectada el inicio de este procedimiento.**

- Esta propuesta debe ser motivada y acompañada de los informes y pruebas que se hayan realizado.
- La Inspección Médica remitirá la propuesta al médico responsable de la emisión de los partes médicos. El médico deberá pronunciarse:
  - Confirmando la baja (con informe sobre tratamiento, causas de discrepancia,...), o bien
  - Dando el alta (acepta la propuesta de la mutua).
- Cuando la Inspección Médica no recibe respuesta de los facultativos o servicios médicos, o bien discrepa de esta respuesta, puede emitir el alta, efectiva e inmediata.
- Si la propuesta de la mutua no es resuelta y notificada en el plazo de 5 días, puede solicitar el alta en el INSS, el cual deberá contestar en un plazo máximo de 4 días.
- La Resolución del INSS se notifica al interesado.
- Si el INSS emite el alta, lo comunica también al Servicio Público de Salud y a la mutua, la cual extingue la prestación económica y lo comunica a la empresa.

Si finalmente el servicio público de salud de la comunidad autónoma estima la propuesta de alta, la única opción que tenemos para mantener la baja laboral es impugnarla.

Hay que recordar que, aunque la propuesta de alta la realiza la mutua, quien toma la decisión no es ésta, sino el servicio público de salud de la comunidad autónoma o, en último caso, el INSS.

8. CESE DE ACTIVIDAD

8.1. ¿QUÉ ES LA PROTECCIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD?

Es el abono de una prestación económica mensual y la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes y se complementa con acciones de formación e inserción laboral para facilitar su reincorporación al mercado de trabajo, gestionadas por los Servicios Públicos de Empleo de las Comunidades Autónomas o por el Instituto Social de la Marina.

RDL 28/2018. Disposición final segunda

La protección del Cese de Actividad de las personas trabajadoras autónomas tiene **carácter obligatorio**, y tiene por objeto protegerlas ante la situación de cese total de la actividad (de forma temporal o definitiva), producida de forma involuntaria y siempre que esté debidamente justificada.

Esta obligatoriedad tiene excepciones: Autónomos en el Sistema especial para trabajadores por cuenta propia Agrarios y Socios de cooperativas incluidos en el RETA que dispongan de un sistema intercooperativo de prestaciones sociales, complementario al sistema de la Seguridad Social y que cuente con su autorización.

8.2. ¿CON QUIÉN SE FORMALIZA ESTA OPCIÓN?

Los trabajadores comprendidos en el ámbito de aplicación del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos[14] deberán formalizar la cobertura de la acción protectora por contingencias profesionales, incapacidad temporal y cese de actividad con una mutua colaboradora con la Seguridad Social, debiendo optar por la misma mutua colaboradora para toda la acción protectora.

Para solicitar la prestación la persona trabajadora autónoma debe dirigirse a la mutua colaboradora a la que esté adscrito para hacer la solicitud y cumplimentar el correspondiente impreso, adjuntando los documentos necesarios para acreditar la causa legal de cese. Podrá hacerlo hasta el último día del mes siguiente en el que se produzca el cese de actividad o, en su caso, a partir de la fecha que concurra en los documentos acreditativos (el caso de fuerza mayor, el auto de adopción de medidas en caso de violencia de género, etc.).

Presentada la solicitud, el órgano gestor tiene 10 días para requerir la información extra de la que precise, y en 30 días hábiles tendrá que estar resuelta la petición.

8.3. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE SITUACIÓN LEGAL DE CESE DE ACTIVIDAD?

Los motivos previstos en la norma son que el cese en la actividad se deba a:

- motivos económicos, técnicos, productivos u organizativos,
- causas de fuerza mayor,

[14] Si están incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar podrán optar por proteger las contingencias profesionales con la entidad gestora o con una mutua colaboradora con la Seguridad Social.

- pérdida de licencia administrativa,
- violencia de género,
- divorcio o separación matrimonial mediante resolución judicial.

Se encontrarán en situación legal de cese de actividad los **trabajadores autónomos económicamente dependientes** que cesen su actividad, por extinción del contrato suscrito con el cliente del que dependan económicamente, en los siguientes supuestos:

a) Por la terminación de la duración convenida en el contrato o conclusión de la obra o servicio.

b) Por incumplimiento contractual grave del cliente, debidamente acreditado.

c) Por rescisión de la relación contractual adoptada por causa justificada o injustificada por el cliente.

d) Por muerte, incapacidad o jubilación del cliente, siempre que impida la continuación de la actividad.

8.4. ¿QUÉ NO ES CONSIDERADO SITUACIÓN LEGAL DE CESE DE ACTIVIDAD?

a) Aquellos que cesen o interrumpan voluntariamente su actividad.

b) Las/os trabajadoras/es autónomas/os, que tras cesar su relación con la clienta/e y percibir la prestación por cese de actividad, vuelvan a contratar con esa persona en el plazo de un año, a contar desde el momento en que se extinguió la prestación, en cuyo caso deberán reintegrar la prestación recibida.»

8.5. ¿QUÉ REQUISITOS SE EXIGEN PARA ACCEDER AL CESE DE ACTIVIDAD?

- Estar afiliadas/os y en alta en el *Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar*, en su caso.
- Período mínimo de cotización de, al menos, los doce meses continuados e inmediatamente anteriores a la situación legal de Cese de Actividad, incluyendo el mes del hecho causante.

- Solicitar la baja en el régimen especial correspondiente a causa del Cese de Actividad.
- Suscribir el compromiso de actividad y de activa disponibilidad para la reincorporación al mercado de trabajo.
- No tener derecho a la pensión contributiva de jubilación.
- Hallarse al corriente de pago de las cotizaciones en el régimen especial. Cumplimiento de las obligaciones de carácter laboral.

8.6. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD?

El derecho a la protección por cese de actividad se extinguirá:

- por agotamiento del plazo de duración de la prestación,
- por la realización de un trabajo por cuenta ajena o propia durante un tiempo igual o superior a 12 meses,
- por imposición de sanción y
- por las demás causas recogidas en el artículo 341 de la Ley General de la Seguridad Social.

Prestación extraordinaria por cese de actividad

Con motivo de la situación de crisis sanitaria, el Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social de la COVID-19, crea una prestación extraordinaria por cese de actividad, con carácter excepcional y vigencia limitada hasta el último día del mes en que finalizara el estado de alarma declarado por Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo.

La gravedad de la incidencia que la pandemia está teniendo en todos los ámbitos de nuestra sociedad ha puesto de manifiesto la necesidad de ampliar y prorrogar las medidas de protección de estos trabajadores.

Por ello, el más reciente Real Decreto-ley 18/2021, de 28 de septiembre, mantiene la estructura de las anteriores regulaciones conservando la exoneración de cuotas en porcentajes variables entre el 90% y el 25 % en función del mes,

así como también las tres prestaciones reguladas en aquél: una extraordinaria por cese de actividad para las personas autónomas afectadas por la suspensión de la actividad, otra también extraordinaria para quienes vinieran percibiendo prestaciones por cese de actividad conforme al Real Decreto-ley 11/2021, de 27 de mayo, otra extraordinaria para trabajadoras y trabajadores autónomos de temporada, y una ordinaria de cese de actividad, compatible con el trabajo por cuenta propia.

MÁS PREGUNTAS

¿Se puede volver a percibir la prestación tras agotar una anterior?

Sí, se puede volver a percibir la prestación tras agotar una anterior, pero para tener derecho al reconocimiento tendrán que transcurrir 18 meses desde la extinción de la prestación anterior y siempre que se cumplan los requisitos legales.

¿Qué pasa si el cese de actividad se produce mientras la persona trabajadora está en situación de IT?

En este caso se continúa percibiendo la prestación de IT en la misma cuantía que la prestación por cese de actividad hasta que se extinga la IT. Entonces se pasa a percibir la prestación por cese de actividad si le corresponde, de la que se descuenta como consumido el tiempo en que haya estado de IT.

¿Y si es en situación de nacimiento y cuidado de menor?

Seguirá percibiendo la prestación de nacimiento y cuidado de menor hasta que la misma se extinga, en cuyo momento pasará a percibir, siempre que reúna los requisitos legales establecidos, la prestación económica por cese de actividad que le corresponda.

¿Y en caso contrario, cuando durante la percepción por cese de actividad se pasa a situación de IT?

Si se trata de **recaída de un proceso iniciado antes del cese de actividad**, se percibe la prestación por IT en igual cuantía a la del cese de actividad, aunque termine el período establecido para percibir la prestación por cese de actividad.

Si no es recaída, se cobra igual, pero, una vez finalizada la prestación por cese de actividad, se percibe un subsidio del 80% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples mensual (IPREM).

El período de percepción de la prestación por cese de actividad no se ampliará como consecuencia de pasa a situación de IT.

¿Y si se pasa a situación de nacimiento y cuidado de menor?

Se pasa a percibir la prestación que por esta contingencia le corresponda. Una vez extinguida, se reanudará el abono de la prestación económica por cese de actividad hasta que se agote el tiempo a que se tenga derecho.

LGSS 2015, Cap. VIII y IX
RD 295/2009. Caps . IV y V

9. COBERTURA PRESTACIONES DURANTE EL RIESGO POR EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL

Es la situación en que se encuentra la trabajadora durante el periodo de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, y/o la lactancia natural de un menor de 9 de meses, cuando debiendo cambiar de puesto de trabajo, por influir éste negativamente en su salud o en la del feto, a otro compatible con su estado y dicho cambio no resulte posible o no pueda exigirse por motivos justificados.

9.1. ¿QUÉ ES LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO?

La suspensión del contrato de trabajo supone la interrupción temporal de la prestación laboral, sin que por ello se extinga el contrato entre la empresa y la trabajadora; conlleva el cese temporal de las principales obligaciones de las partes: trabajar y remunerar el trabajo.

9.2. ¿QUIÉN PAGA?

El reconocimiento y pago de la prestación corre a cargo de la entidad que gestiona las contingencias profesionales, que habitualmente suele ser la mutua.

9.3. ¿CUÁNTO DURA LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO?

La prestación de riesgo durante el embarazo comienza el día en que se inicie la suspensión del contrato y finalizará el día anterior al que se inicie el permiso por maternidad al dar a luz, o el día de reincorporación de la trabajadora a un puesto compatible con su estado en la empresa.

9.4. ¿CUÁNTO DURA LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL?

La prestación de riesgo durante la lactancia natural se extenderá como máximo hasta que el hijo cumpla 9 meses o el día de reincorporación de la trabajadora a su puesto por desaparecer el riesgo, o que se haya incorporado a otro puesto compatible con su estado en la empresa.

9.5. ¿CÓMO ES EL PROCEDIMIENTO?

El procedimiento lo inicia la trabajadora solicitando la contingencia en la mutua a la que está asociada la empresa, o directamente al INSS en el caso en que la empresa no esté asociada a ninguna mutua.

Los documentos necesarios son:

- Impreso normalizado de la mutua correspondiente o del INSS: solicitud de prestación de riesgo durante el embarazo y la lactancia natural.
- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que asiste a la trabajadora embarazada en el que se acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto. En el caso de riesgo para la lactancia natural será necesario el informe del pediatra.
- Certificación de los Servicios Médicos de la entidad gestora (mutua o INSS) en la que se acredite que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto, o en su caso en la salud de la mujer o del hijo.
- Declaración de la empresa (Servicio de Prevención) en la que se determine que existe el riesgo y que el desarrollo normal del trabajo es incompatible con la salud de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia.

- Declaración de la empresa certificando que en el puesto de trabajo existen riesgos para el embarazo o la lactancia y que no existe posibilidad de cambio de puesto de trabajo.
- Si las trabajadoras son por cuenta propia o autónomas, se incluirá modelo de declaración de situación de actividad.

Las mutuas tienen impresos de solicitud normalizados que se pueden consultar en las páginas web de cada mutua, accesibles a través de la web de AMAT **(http:www.amat.es).** La página web del INSS (http:www.seg-social.es) también informa sobre el proceso.

Con esta documentación, la mutua certifica si las condiciones del puesto de trabajo pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora y el feto, dando lugar o no a la situación de riesgo en el embarazo o en la lactancia natural.

Cuando se produzcan contradicciones en las declaraciones y certificaciones presentadas con la solicitud, o concurran indicios de posible connivencia para obtener la prestación, se podrá solicitar informe a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, a fin de que ésta manifieste su conformidad o su discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa, que puedan determinar el derecho al subsidio por riesgo durante el embarazo. La petición de informe deberá ir acompañada de la documentación presentada.

El informe deberá ser emitido en el plazo máximo de quince días, transcurrido el cual se podrá dictar la correspondiente resolución, sin tener en cuenta el mismo, a efectos del reconocimiento o denegación de la prestación económica.

9.6. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE LA PRESTACIÓN?

- La situación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural es una suspensión del contrato de trabajo con reserva de puesto, por lo que la trabajadora podrá reincorporarse a su puesto al finalizar la situación.
- Las prestaciones por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural se consideran a todos los efectos como contingencias profesionales.
- No se requiere un período mínimo de cotización para tener derecho al subsidio.
- La cuantía de la prestación es del 100 por cien de la base reguladora por contingencias profesionales.

- La empresa se podrá beneficiar de una bonificación del 100% en las cuotas empresariales a la Seguridad social de las trabajadoras sustituidas durante la suspensión de su contrato laboral por desempleos con contratos de interinidad bonificados y de la bonificación del 100% en las cuotas empresariales a la Seguridad Social de los desempleados contratados como interinos durante el período de suspensión del contrato.
- En caso de que la trabajadora sea asignada a un puesto compatible se aplicará una reducción del 50 % de la aportación empresarial en cotizaciones por contingencia común (por las cuotas en permanencia en el nuevo puesto).

Ley 2/2008, Disposición Adicional

En caso de intercurrencia de un proceso de contingencia común, éste se impone a la prestación por riesgo para el embarazo y la lactancia natural.

10. PRESTACIÓN POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD MUY GRAVE

RD 1148/2011
RDL 5/2015
LGSS Cap.X

10.1. ¿QUÉ ES?

Es un subsidio que compensa la pérdida de ingresos que sufren uno de los progenitores, adoptantes o acogedores, que reduce su jornada de trabajo (mínimo del 50% y máximo del 99%) y su salario para cuidar de manera directa, continua y permanente del menor a su cargo, afectado por cáncer u otra enfermedad grave de las determinadas legalmente, que requiera ingreso hospitalario de larga duración, o que precise continuar con el tratamiento médico en el domicilio tras el diagnóstico y la hospitalización.

10.2. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS SON NECESARIAS?

Para poder acogerse al subsidio, ambos progenitores deben trabajar, ya sea por cuenta propia o ajena, el menor debe tener menos de 18 años, estar de alta los dos en la Seguridad Social y tener un período mínimo de cotización exigido:

- Menores de 21 años: no se exige cotización mínima.
- Cumplidos 21 y menores de 26 años: 90 días cotizados dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a dicha fecha, o 180 días cotizados a lo largo de su vida laboral.
- Mayores de 26 años. 180 días cotizados dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a dicha fecha, o 360 días a lo largo de su vida laboral.

La normativa que regula esta prestación identifica como beneficiarios a los **progenitores del causante que estén trabajando**, cualquiera que sea la unidad familiar y la situación que entre ellos exista. En cuanto a la situación protegida, identifica como tal la reducción de jornada que tenga el progenitor para el cuidado directo, continuo y permanente del menor a su cargo, cuando ambos progenitores trabajen.

Es irrelevante que la guarda y custodia la tenga atribuida uno de los progenitores, ya que la norma no limita el cuidado del menor al progenitor que tenga otorgada la guarda y custodia. Estén los progenitores separados, divorciados o disuelta su relación de pareja de hecho, la condición de padre o madre no se pierde y sus obligaciones para con los hijos siguen subsistentes. Por tanto, la condición es que ambos progenitores estén trabajando.

Además, es necesaria la **hospitalización del menor** afecto de cáncer u otra enfermedad grave, para su cuidado directo, continuo y permanente durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad.

Cuando exista recaída del menor por el cáncer o la misma enfermedad grave no será necesario que exista un nuevo ingreso hospitalario, si bien en la recaída de la enfermedad deberá acreditarse, mediante una nueva declaración médica, la necesidad, tras el diagnóstico y hospitalización, de la continuación del tratamiento médico, así como del cuidado directo, continuado y permanente del menor por el progenitor, adoptante o acogedor.

10.3. ¿CUÁNTO SE COBRA?

La prestación económica consistirá en un subsidio equivalente al 100 por 100 de la base reguladora equivalente a la establecida para la prestación de incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales, y en proporción a la reducción que experimente la jornada de trabajo.

Esta prestación se extinguirá cuando, previo informe del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente, cese la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente, del hijo o del menor acogido por parte del beneficiario, o cuando el menor cumpla los 18 años.

10.4. ¿QUIÉN PAGA?

La gestión y el pago corresponderán a la mutua o a la entidad gestora con quien la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, que dictarán resolución expresa y notificarán en el plazo de treinta días, contados desde la recepción de la solicitud.

11. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Ley 35/2014, art. 68

RD 860/2018
Resolución de 28 de marzo de 2019 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social

Resolución de 25 de septiembre de 2020 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y Pensiones

Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social pueden realizar una serie de actividades de prevención de riesgos laborales en las empresas asociadas, así como personas trabajadoras por cuenta propia adheridas, las cuales no quedan eximidas del cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por ser beneficiarias de estas actividades preventivas.

Según el artículo 82.3 de la Ley General de la Seguridad Social, son prestaciones asistenciales dirigidas a **asistir y reducir los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**, comprendiendo también actividades de asesoramiento para adaptar los puestos de trabajo y estructuras y así poder recolocar a las personas accidentadas o que tengan patologías de origen profesional.

Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social desarrollarán los programas de actividades preventivas de la Seguridad Social en el **marco de las actuaciones** que se relacionan seguidamente:

a) Actividades de asesoramiento a las empresas asociadas y a los trabajadores autónomos adheridos.

1.º Programas de asesoramiento técnico, prioritariamente a pymes y empresas de sectores preferentes, que comprenderán la realización de visitas a empresas asociadas en las que concurran las circunstancias que se establezcan cada año en las normas de aplicación y desarrollo de este Real Decreto.

2.º Programas de asesoramiento a empresas o actividades concurrentes. En los centros de trabajo en los que concurran trabajadores de dos o más empresas, incluidos contratistas y subcontratistas, o trabajadores autónomos, alguna de cuyas empresas o alguno de cuyos trabajadores se encuentre asociada o adherido a la mutua, respectivamente, esta deberá informar y asesorar a las empresas y a los trabajadores autónomos implicados sobre la aplicación de los medios de coordinación existentes para la prevención de los riesgos laborales.

«Asimismo, se asesorará a aquellas empresas que, por sus características, particularidades, prestación de servicios o recepción de los mismos puedan contribuir a potenciar el riesgo de contagio por COVID-19».

3.º Programa de difusión del servicio «Prevención10.es», o servicio que lo sustituya, mediante la realización de jornadas entre las empresas asociadas de hasta 25 trabajadores y autónomos adheridos, al objeto de informarles sobre las funcionalidades que ofrece dicho servicio, que dispensa la acción protectora de la Seguridad Social, y mostrarles su utilización. Las mutuas podrán solicitar, para el desarrollo de esta actividad, la colaboración del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo, O.A., M.P., en su condición de órgano al que la Secretaría de Estado de la Seguridad Social encarga la gestión directa del servicio. En caso de que este último carezca de disponibilidad de medios en los diferentes lugares y fechas, el programa se desarrollará directamente por el personal de la mutua.

4.º Programa de asesoramiento a pymes para la adaptación de puestos de trabajo y estructuras para la recolocación de trabajadores accidentados o con patologías de origen profesional.

b) Actuaciones para el control y, en su caso, reducción de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

1.º Programa para asesorar sobre el control de las causas de la incidencia de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

2.º Programa de control y reducción de la alta siniestralidad en empresas, durante un período de entre uno y tres años, para actuar sobre el número de accidentes y su gravedad en los casos y sobre el colectivo que se determine en las normas de aplicación en atención a la siniestralidad.

c) Actividades de investigación, desarrollo e innovación para la reducción de las contingencias profesionales.

1.º Elaboración de estudios y análisis sobre las causas de la siniestralidad laboral y difusión de las conclusiones y recomendaciones que se obtengan de los mismos para evitar incurrir en las situaciones que originan esa siniestralidad.

2.º Colaboración con la Administración de la Seguridad Social en el mantenimiento del sistema de información, notificación y registro de enfermedades profesionales, así como en el desarrollo de programas de evaluación y puesta al día del listado de aquellas enfermedades.

3.º Elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas para la gestión y mejora continua de la prevención en la empresa a través del desarrollo de las actividades que puedan establecerse cada año por las normas de aplicación y desarrollo de este Real Decreto.

Se dirigirán, entre otros, a los siguientes ámbitos de actuación: sectores y actividades con mayor riesgo; trastornos musculoesqueléticos; sustancias peligrosas; trabajadores vulnerables y colectivos específicos; factores organizativos y psicosociales; riesgos emergentes y nuevas tecnologías; hábitos saludables en el entorno laboral; pequeñas y medianas empresa; y seguridad vial laboral.

Actividades sobre las distintas acciones establecidas por el Ministerio de Sanidad para el mantenimiento y la reincorporación segura a la empresa de los trabajadores, así como medidas y acciones a realizar con posterioridad, con motivo de la COVID-19, que comprenderá la realización de las siguientes actuaciones:

1. Elaboración y ensayo de procedimientos de investigación de casos de contagios orientados a conocer su comportamiento epidemiológico en el ámbito de las empresas asociadas a la mutua y corregir las condiciones o hechos relacionados con dicho contagio, como actividad complementaria a la prevista normativamente para los servicios de prevención.

   Diseño de análisis de bigdata, a través de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) y previa suscripción del convenio de cesión de datos que proceda, en casos confirmados de SARS-CoV-2 en sectores de riesgo del ámbito sanitario cuya ocurrencia podría llegar, en su caso, a calificarse como enfermedad profesional, así como en los casos de accidente

de trabajo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos de la COVID-19, en el caso del personal que presta servicios en centros sanitarios o socio-sanitarios y que, en el ejercicio de su profesión, haya contraído el virus.

Todas las actuaciones a desarrollar por las mutuas en la planificación de sus actividades preventivas se desarrollarán y ejecutarán teniendo en cuenta la perspectiva de género.

d) En las empresas de menos de 50 trabajadores se llevarán a cabo actuaciones de asesoramiento para promover la implantación de las medidas preventivas establecidas por el Ministerio de Sanidad para el mantenimiento o la reincorporación de la actividad de las empresas y sus trabajadores con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, preferentemente en las pertenecientes a aquellos sectores que se reincorporan a la actividad con importantes modificaciones de sus procedimientos de trabajo (como los de hostelería, comercio, etc.) y a sectores con especial exposición al virus (como los de tipo sanitario y asistencial).

Esta actividad se podrá realizar, cuando sea posible, mediante medios telemáticos u otros medios de comunicación, sin que, en su caso, sea necesaria una asistencia presencial.

RD 231/2017

12. BONUS

La Disposición Adicional 3ª del Real Decreto-Ley 28/2018, 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo, anuncia la suspensión de la aplicación del sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan disminuido de manera considerable la siniestralidad laboral, contemplada en el RD 231/2017, de 10 de marzo, respecto de las cotizaciones que se generen durante el año 2019. La suspensión ha sido acordada también para las cotizaciones durante el año 2020 según el art. 7.8 del RD-Ley 18/2019, de 27 de diciembre.

12.1. ¿EN QUÉ CONSISTE?

Es un sistema de reducción de cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral.

12.2. ¿CUÁNTO SE REDUCE?

La reducción de las cotizaciones puede ir desde el 5% (principio) hasta el 10% (en periodos de observación consecutivos y si se ha obtenido en años anteriores).

12.3. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE?

La empresa tiene que demostrar que se han hecho inversiones en prevención, más allá de las estrictamente legales, que se demuestren con facturas o documentos probatorios. Además, esa inversión puede superar en un 5% o un 10% de lo cotizado por contingencias profesionales, pero sólo se podrá recuperar hasta esos topes.

No basta con que las empresas tengan índices de accidentes por debajo de la media de su sector, también es imprescindible que hayan realizado inversiones y actividades preventivas contrastables y avaladas por la representación de las/os trabajadoras/es.

La Ley introduce un sistema de incremento del patrimonio histórico de las mutuas mediante el pacto con las empresas adheridas para “compartir” los retornos de cuotas por la aplicación del “Bonus”.

13. RECLAMACIONES

13.1. ¿CÓMO RECLAMAR EN LA MUTUA?

Cualquier trabajadora/or que esté disconforme con la atención que han recibido por parte de una mutua puede plantear ante el Ministerio de Trabajo e Inmigración una reclamación. Se realiza a través de la **Oficina Virtual de Reclamaciones** de las mutuas, en la página de la Seguridad Social, www.seg-social.es, en la dirección hhtp://www.ovrmatepss.es/virtual/

La oficina virtual se complementa con un servicio de **atención telefónica** –902 112 651–, que informará sobre las prestaciones de las mutuas.

Estas nuevas vías de reclamación se suman a la ya existente de los **libros de reclamaciones** integrados por las correspondientes hojas y que estarán a disposición de los interesados.

Las reclamaciones que se formulen serán remitidas por la mutua, sin más trámites ni practicar comunicaciones, a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo máximo de diez días siguientes a su presentación, adjuntando informe de la entidad sobre los hechos y circunstancias en que aquella se fundamente y su consideración sobre el objeto de la misma.

Estas reclamaciones también se pueden gestionar desde l**os servicios de asesoramiento del sindicato,** aclarando que se hace en nombre de otra persona y adjuntando sus datos personales.

En cualquiera de los casos, la mutua dará contestación directamente a las quejas y reclamaciones que reciba y deberá comunicar éstas junto con la respuesta dada al órgano de dirección y tutela.

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social editará anualmente, para conocimiento general, un informe comprensivo de las actividades desarrolladas por las mutuas durante el ejercicio en el desarrollo de su colaboración en la gestión, en los distintos ámbitos autorizados, así como de los recursos y medios públicos adscritos, su gestión y aplicaciones. Igualmente editará un informe sobre las quejas y peticiones formuladas ante la misma, de conformidad con lo establecido en el apartado anterior, y su incidencia en los ámbitos de la gestión atribuidos.

13.2. RED DE INTERLOCUCIÓN CON LAS MUTUAS

Adicionalmente, el sindicato tiene abierta una red de interlocución con las mutuas para tratar las posibles reclamaciones de los trabajadores y trabajadoras, solucionarlos sin necesidad de judicializarlos y mejorar su funcionamiento en relación a los problemas de notificación.

Para ponerse en contacto con el interlocutor marcado por la Mutua como búsqueda de solución al problema, las/os responsables de salud laboral (de federaciones y de territorios) disponen del protocolo de actuación y de la relación de interlocutoras/es.

Es decir, que ante altas indebidas, recaídas, no reconocimiento del origen profesional del suceso, no reconocimiento de la prestación por riesgo, etc. se puede buscar la solución a través de la red de interlocución.

13.3. RECLAMACIÓN ADMINISTRATIVA PREVIA EN MATERIA DE PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Ley 36/2011, art. 71, modificada por Ley 39/2015

¿Qué es la reclamación previa?

La reclamación previa no es otra cosa que un recurso administrativo presentado ante la Seguridad Social. La finalidad es manifestar el desacuerdo contra una resolución denegatoria (IP, IT, alta médica, etc.).

Para formular demanda en materia de prestaciones de Seguridad Social es requisito que se interponga reclamación previa ante la Entidad gestora de las mismas. Como ya se ha comentado, se exceptúan el procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por los órganos competentes de las Entidades gestoras de la Seguridad Social al agotarse el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de la prestación de incapacidad temporal.

¿Dónde se realiza?

La reclamación previa deberá interponerse ante el órgano competente que haya dictado resolución, expresa o presunta (entidad colaboradora si tiene competencia para resolver o ante el órgano correspondiente de la Entidad gestora) sobre la solicitud inicial del interesado.

¿Cuál es el plazo?

El plazo es de treinta días hábiles desde la notificación de la misma (desestimación solicitud de incapacidad permanente, alta por INSS antes de los 365 días, etc.), si es expresa, o desde la fecha en que en función del procedimiento de que se trate, deba entenderse producido el silencio administrativo. No siempre el INSS notifica la resolución a tiempo. Si vencidos los 135 días de plazo que tiene para dictar resolución expresa, se produce lo que se denomina “silencio administrativo negativo”, por lo cual se entiende como denegada.

En los procedimientos de impugnación de altas médicas no exentos de reclamación previa el plazo es de once días hábiles desde la notificación de la resolución.

¿Hay plazo para responder?

Sí, la entidad debe contestar en el plazo de 45 días, y en caso de silencio, se entiende denegada.

En los procedimientos de impugnación de altas médicas en los que deba interponerse reclamación previa, el plazo para la contestación de la misma será de siete días, entendiéndose desestimada una vez transcurrido dicho plazo.

¿Y después?

Si la solicitud no prospera, la/el trabajadora/or puede acudir a instancias judiciales, presentando la correspondiente demanda judicial.

¿Hay plazo?

La demanda habrá de formularse en el **plazo de 30 días,** a contar desde la notificación de la denegación de la reclamación previa, o desde el día que se entiende denegada por silencio administrativo.

En los procesos de impugnación de altas médicas el plazo anterior será de veinte días, cuando no sea exigible reclamación previa se computará desde la adquisición de plenos efectos del alta médica o desde la notificación del alta definitiva acordada por la entidad gestora.

¿Si presento reclamación previa tengo que ir a trabajar?

Sí, hay que reincorporarse al trabajo, ya que, en caso contrario, puede haber despido. Se pueden solicitar vacaciones o cambio de puesto de trabajo mientras se resuelve, pero hay que reincorporarse.

Los días para interponer la reclamación previa, ¿son hábiles o naturales?

Son días **hábiles**, es decir, no se computan sábados, domingos y festivos nacionales, autonómicos y locales. Es importante saber que cuando cualquier resolución administrativa indica un plazo sin especificar si es hábil o natural se deben entender días hábiles.

14. MÁS PREGUNTAS

1. ¿Cuáles son los tipos de alta?

- Alta por curación.
- Alta por mejoría.
- Alta por fallecimiento.
- Alta por incomparecencia.
- Alta por Inspección Médica (INSS o del SPS).
- Alta con propuesta de incapacidad permanente.
- Alta por control del INSS.

Al llegar a los 365 días, el INSS asume las competencias, en este caso al igual que con la incapacidad permanente la o el paciente se somete a una valoración por parte del INSS, lo que implica que no debe incorporarse al trabajo hasta que no exista resolución.

La jubilación es causa de extinción del cobro del subsidio de IT, pero no es propiamente causa legal de alta.

2. ¿Existe la posibilidad de alta voluntaria?

Solicitar el alta voluntaria es un **derecho que tenemos como pacientes**, pero esta decisión unilateral de la persona no implica la obligatoriedad de que el personal médico extinga su baja. Por ejemplo, si considera que el alta médica puede suponer un peligro para terceros, o para la salud pública y también si entiende que el paciente no tiene poder real de voluntad debido a su estado físico o psíquico.

Un factor fundamental a tener en cuenta es que si se opta por un alta médica voluntaria. Es el propio paciente quien debe asumir los riesgos de no continuar de baja.

3. ¿Puedo rechazar una baja?

Si el médico determina que una patología impide la realización del trabajo, no se puede rechazar. Cuidado porque si no se recogen los partes, no indica que se

esté de alta, lo que puede conllevar la pérdida de la prestación económica pero se sigue en situación de IT.

4. ¿Se pueden dar bajas anticipadas?

No. La ley obliga a un reconocimiento del paciente previo a la emisión del parte que justifique una IT, salvo situaciones especiales autorizadas por la Inspección Médica.

5. ¿Se pueden dar bajas retroactivas?

En principio, las bajas médicas no tienen carácter retroactivo, sólo se puede emitir un parte de baja en el momento que el facultativo te realiza el reconocimiento médico. Pero existe la opción de, o bien remitir a la persona a la Inspección Médica para que lo resuelva o que el facultativo haga una baja con fecha anterior en aquellos casos en los que se demuestre, con los informes pertinentes, que la situación que da lugar a la IT se inició en una fecha anterior, o que se demuestre la imposibilidad de acceso a los servicios públicos.

6. La mutua me ha dicho que repose en casa sin darme la baja, ¿es legal?

Si la/el trabajadora/or no puede realizar su trabajo habitual se debe tramitar una baja médica. La Dirección General de Inspección de Trabajo es clara, las mutuas no pueden prescribir reposos preventivos. Estableciendo que: “Cuando un trabajador sufra un accidente de trabajo, independientemente del inicio o no de los procedimientos reparadores del sistema de Seguridad Social, el empresario estará obligado a comunicar el accidente a la autoridad laboral”. Además, el dictamen recuerda que “ante un accidente de trabajo, el empresario siempre estará obligado a llevar a cabo una investigación para detectar sus causas”.

7. Mi empresa me obliga a entregar los partes de baja personalmente, o bien una persona con autorización y DNI y con certificado médico de por qué no acudo personalmente.

No existe obligación de entregar personalmente los partes de confirmación. La norma dice, literalmente: “En el plazo de tres días contados a partir del mismo día de la expedición de los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, el trabajador entregará a la empresa la copia destinada a ella”... Pero en ningún caso establece ni la forma -se pueden remitir incluso por correo, mejor certificado-, ni que tenga que hacerlo personalmente.

8. Y si por prescripción médica sólo me ausento del trabajo un día, ¿es necesario que me den la baja médica por ese día?

Evidentemente es obligatorio que te la faciliten. Si te dan tan sólo un justificante podrías tener problemas a la hora de justificar una ausencia de 8 horas de tu puesto de trabajo. La ley no limita el mínimo de una IT. En este caso se emite en el mismo momento el parte de baja y el de alta.

9. He tenido un accidente y me han recolocado en otro puesto, sin darme la baja, ¿es legal?

Hoy por hoy es ilegal, mientras no haya una normativa de desarrollo. Algunas mutuas, en colaboración con el servicio de prevención, realizan una adaptación de puestos y funciones que permiten a la persona accidentada o con una enfermedad profesional seguir en el trabajo activo.

A raíz de una consulta de CCOO a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social sobre estas prácticas, la respuesta es que se ponga fin a estas actividades planificadas. El mismo informe dice que la Administración de Seguridad Social dará traslado del mismo a las Mutuas instándoles a que **cesen en la práctica** aquellas que lo hayan podido poner en marcha.

10. ¿Y si no quiero realizarme un tratamiento?

Se puede negar o abandonar un tratamiento, siempre que se fundamente una causa razonable de ello, para así mantener el derecho a la prestación económica. En este caso, la médica o el médico lo pondrá en conocimiento de la Inspección Médica, que determinará el procedimiento para determinar si el rechazo es razonable o no.

11. ¿Se puede salir de casa estando de baja?

La situación de IT no implica estar en casa, sólo si precisa reposo domiciliario para su restablecimiento. En general, sólo se prohíbe realizar actividades que resulten perniciosas para la situación clínica de la o del paciente.

12. ¿Puedo irme de vacaciones si estoy en situación de IT?

Esto también dependerá del proceso que haya originado la baja, y si es o no conveniente un desplazamiento para el proceso de recuperación.

Pero cuidado porque se debe acudir a recoger los partes de confirmación, así como estar disponible para cualquier revisión médica a petición de la Inspección, de la Mutua o del INSS.

13. Tengo dos trabajos por cuenta ajena, si me dan la baja en el primer trabajo, ¿qué pasa con el segundo?

Con carácter general, **no es posible el trabajar mientras se está de baja por incapacidad temporal**, ya que se podría considerar un fraude a la Seguridad Social y, la trabajadora o el trabajador podría ser sancionado.

Sin embargo, la jurisprudencia ha creado **una excepción cuando se tengan dos trabajos diferentes**; ya sea en **casos de pluriactividad** o en **caso de pluriempleo.** Se puede mantener otro empleo cuando éste sea compatible con la dolencia o limitación que se padezca y, además, no perjudique el tiempo de curación. Todo ello habrá de analizarse desde un punto de vista médico.

Sin embargo, la persona trabajadora puede ser sancionada, incluso con el despido disciplinario, **cuando durante el tiempo de incapacidad temporal realice cualquier actividad, aunque no sea un trabajo y no esté remunerado**, que perjudique su recuperación médica o que constante una conducta fraudulenta; también puede ser despedida **cuando realice alguna actividad que sea contraria a la buena fe empresarial**.

Por otro lado, **no debería de ser un impedimento absoluto el hecho de estar de baja por incapacidad temporal** y comenzar un nuevo trabajo que sea compatible con la dolencia médica.

14. ¿Qué pasa si sufro un accidente de trabajo o una enfermedad profesional en una actividad y estoy en pluriempleo o pluriactividad?

Producido un accidente de trabajo en una determinada actividad, siy se estuviera en otra empresa o en algún otro Régimen de la Seguridad Social, las prestaciones se reconocerán de la siguiente forma:

a) Si la otra actividad o empleo es por cuenta ajena se considera como accidente laboral.

b) Si la otra actividad es por cuenta propia y es un accidente se considera como accidente no laboral.

c) Si la otra actividad es por cuenta propia y no se ha optado por la cobertura de las contingencias profesionales y es enfermedad considerada como accidente de trabajo, se considera como enfermedad común.

d) Si la otra actividad es por cuenta propia y se ha optado por la cobertura de las contingencias profesionales y es una enfermedad protegida como accidente de trabajo (infarto), se considera como accidente laboral.

15. ¿Puedo percibir la prestación por IT si tengo un contrato a tiempo parcial y no trabajo todos los días?

Con contrato a tiempo parcial se está de alta durante todos los días que dura el contrato, de forma que si la baja médica surge un día en que no deben trabajar, nace la situación de IT como si se tratara de un contrato a tiempo completo.

16. ¿Puedo cobrar la IT si tengo un contrato fijo discontinuo y no estoy trabajando en el momento en que se produce la baja?

Cuando el hecho causante de la IT se produce durante los períodos de inactividad no se devenga el subsidio. Es una situación asimilada al alta, y la prestación la abona la empresa al comienzo de la campaña en régimen de pago delegado, en el porcentaje que corresponda. El cómputo del período de IT nace en la fecha de la baja médica.

17. ¿Quién da la baja si estás en un país de la Unión Europea?

La gestión de la baja comenzará en ese país y la tramitará un facultativo de su sistema público de salud. Se deberá disponer de la tarjeta sanitaria europea, que se solicita en España antes del desplazamiento. El INSS reconocerá el derecho a la prestación sanitaria en el extranjero.

Cuando se pueda desplazar a España, se trasladará su expediente, tras lo cual o el SPS o la mutua se hará cargo de la baja.

18. ¿Y si es un país no comunitario?

Entonces hay que remitirse al INSS para comprobar si existen convenios específicos con ese país en materia de IT.

Si no existen, se emite baja desde el día que se reconozca a la persona en España, sin carácter retroactivo. Salvo que la Inspección Médica valore, tras comprobar documentalmente los informes médicos del país donde ocurrieron los hechos, la situación de enfermedad y resuelva dar la IT con carácter retroactivo.

19. ¿Y si la empresa que me contrata es extranjera?

La empresa extranjera que contrata a una trabajadora/or por cuenta ajena al que le es de aplicación la legislación española de la Seguridad Social debe inscribirse como empresa del régimen general de la Seguridad Social, por lo que tendrá los derechos que abarca ese régimen.

20. ¿Puedo rechazar un alta?

No. Si no se está de acuerdo, se pueden realizar cualquiera de los procedimientos explicados (reclamación previa, revisión del alta médica de la mutua, disconformidad con el alta del INSS una vez llegado a los 365 días).

21. ¿La empresa cada cuánto tiempo paga cuando se está en situación de IT?

La empresa debe efectuar el abono con la misma periodicidad que los salarios.

22. ¿Cuándo me incorporo al trabajo si se me da el alta y hago turno de noche?

En este caso debe incorporarse al día siguiente a la fecha del parte del alta y en el horario habitual.

23. Si me citan a reconocimiento médico, ¿me pagan el transporte?

Los desplazamientos con derecho a compensación son:

- Personas residentes en la misma localidad en la que se preste la asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y si son citados a reconocimiento médico se les abonarán los gastos de desplazamiento en medios de transporte colectivo.

- Personas residentes en distinta localidad de la que se preste la asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales o de la que sean citadas a reconocimiento médico.

Empresas

Las compañías tienen derecho a realizar una verificación del estado de salud, el artículo 20 del Estatuto de los Trabajadores contempla este supuesto. Si una trabajadora o trabajador está de baja, la compañía puede solicitar que este se someta a un reconocimiento médico para comprobar que, efectivamente, es así.

Es importante recordar que no tiene la posibilidad de negarse a realizar el reconocimiento médico. Es más, en caso de que no quisiera someterse a esta prueba, podría perder sus derechos económicos contractuales porque se verían suspendidos.

La actual jurisprudencia determina que es la empresa la que tiene que correr con los gastos de desplazamiento cuando las personas trabajadoras vayan al correspondiente reconocimiento, teniendo que acreditar ese gasto y aportar justificantes para que la cantidad sea abonada.

24. Si me mandan a rehabilitación y estoy de alta, ¿es en tiempo efectivo de trabajo?

En este caso no existe ninguna norma que diga que los procesos de baja se tengan que dar en tiempo y lugar de trabajo o tenga que recuperarse. Lo que habría que hacer es negociar con la empresa para que no sea perjudicial para el proceso de recuperación.

Sin embargo, puede ser que el convenio colectivo mejore los permisos retribuidos básicos que reconoce el Estatuto de los Trabajadores. En este caso, si el convenio colectivo reconoce el derecho a pedir un permiso retribuido para ir a rehabilitación, la empresa tendría la obligación de pagarte el salario correspondiente a esas horas. También puede venir la opción de poder recuperar esas horas en otro momento (bolsa de horas).

25. Si estoy más de un año de baja médica, ¿pierdo mis vacaciones?

En principio no se pierden, la Jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea estableció que si no han transcurrido más de dieciocho meses a partir

del final del año en que se han originado, se podrán disfrutar una vez finalizado el período de IT.

Los tribunales de justicia españoles aceptaron esta doctrina, además la reforma laboral del Estatuto de los Trabajadores modificó el artículo relativo a las vacaciones para adaptarlo a la jurisprudencia.

No obstante, la casuística es amplia, al igual que las sentencias sobre la materia: las/os trabajadoras/es en situación de IT pueden irse de vacaciones tanto si la IT comenzó antes o durante el disfrute de las mismas; en otras ocasiones se ha optado por abonar una compensación en metálico, si no puede reincorporarse al trabajo por declaración de incapacidad permanente o por jubilación.

26. ¿En caso de huelga tengo derecho a cobrar la prestación de IT?

El derecho al subsidio de IT nunca nace de una situación de huelga o cierre patronal, la prestación será únicamente sanitaria, la prestación económica se cobrará desde el día siguiente de terminar la huelga. En el caso de que hubiera IT con anterioridad, continuará percibiendo como hasta ese momento.

27. ¿Qué ocurre si se me termina el contrato estando de baja?

En este caso sigue pagando el INSS o la Mutua, dependiendo de con quién se tenga la contingencia cubierta, a partir de producida la extinción del contrato.

28. ¿Es igual estar de baja por contingencia común que profesional?

No. Si se está baja por IT **Contingencia Común** y se extingue el contrato se percibe la prestación por IT, igual al desempleo al que tenga derecho y **consumiendo el tiempo** que le correspondería de ese periodo de desempleo. Cuando se diese el alta se seguiría cobrando la prestación por desempleo por el tiempo restante, o el subsidio si diese lugar.

En este caso, se deberá presentar ante el INSS o la mutua (caso de gestionar la contingencia común) los partes correspondientes de baja y confirmación de la misma en el plazo máximo de 3 días hábiles siguientes a la extensión de los mismos. Procediendo el INSS o la mutua a la gestión de la documentación para el pago directo de la prestación o subsidio.

Si, en cambio, es baja por IT **Contingencia Profesional** y se extingue el contrato de trabajo, se seguirá percibiendo la prestación correspondiente a la IT,

pasando a la situación de desempleo si cumple los requisitos, tras el alta. En este caso **no agota el tiempo** de desempleo por la de IT.

29. ¿Y si es al contrario, que se está percibiendo la prestación de desempleo y se pasa a situación de IT?

Entonces se tendrá derecho a la prestación por IT igual a lo que se cobraba en desempleo. El tiempo de percepción de la prestación no se ampliará. Durante esta situación, el Servicio Público de Empleo (SEPE) continuará con las cotizaciones a la Seguridad Social.

30. ¿Y si se termina el "paro" y se continúa de baja?

Se sigue percibiendo la prestación por incapacidad temporal, aunque la cuantía dependerá de si es o no recaída de un proceso médico iniciado durante la vigencia del contrato. Si lo es, la prestación se seguirá percibiendo en la misma cuantía; si no, se percibirá en cuantía igual al 80 por ciento del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples mensual (el llamado IPREM).

31. Si la empresa presenta un ERE o soy despedido y estoy de baja, ¿cobro vacaciones?

Si las vacaciones devengadas no se pueden disfrutar, se indemnizan: "Las vacaciones no pueden sustituirse por prestaciones económicas, solo es legal cuando se produzca el cese de la relación laboral y no ha sido posible disfrutarlas".

32. ¿Me puede quitar la mutua la prestación y no enterarme?

No. Cuando una mutua reconozca, suspenda, anule o extinga algún derecho, debe explicarlo por escrito y para que tenga validez debe ser NOTIFICADO a la persona interesada (art. 68.3 de la Ley 35/2014).

33. ¿Qué puedo hacer si cuando me atienden en la mutua de accidentes de trabajo existe una "mala praxis" médica?

Si en la asistencia sanitaria la mutua realiza en una práctica incorrecta (tratamiento inadecuado, error en el diagnóstico...) lo que debemos hacer es formular una Reclamación Previa al INSS. Esta reclamación previa la debe formular el paciente y, una vez presentada, el INSS pedirá al EVI que emitan un informe

sobre la supuesta mala praxis. A la vista de dicho informe, el INSS procederá en consecuencia.

34. Si se inicia una IT por una causa diferente de otra anterior que se mantiene en ese momento, ¿es un proceso nuevo?

Hay que formalizar un alta y baja simultánea o sucesiva. Si es AT se mantiene hasta que se cure y luego se da la siguiente baja.

Si el cuadro que originó la IT evoluciona de manera que por esa causa podría incorporarse al trabajo y la nueva patología es suficiente para ser causa de IT, procede emitir el alta por el primer proceso y emitir una nueva IT por el nuevo diagnóstico. Ahora bien, si el cuadro patológico inicial evoluciona de forma que no se le puede dar el alta, se debe continuar emitiendo el parte de confirmación que corresponda sin nuevas altas ni bajas. Siempre dentro de los 365 días.

35. Si el INSS me dio el alta y vuelvo a enfermar, ¿qué hago?

Se podrá solicitar una nueva baja médica por la misma o similar patología, recaída de un proceso anterior, en el que INSS emitió el alta, en el formato de solicitud de baja por recaída. Las citas al reconocimiento médico se efectuarán en un plazo máximo de 48 horas hábiles desde esta solicitud.

36. ¿Cómo se abona la recaída?

En el caso de contingencia profesional, el día de la baja por recaída se computa como parte de la IT. En caso de contingencia común, se abona el 60% (si ese día corresponde entre el 4º y el 20º de la IT total) o el 75% (si es a partir del 21º), sin tener que esperar de nuevo al cuarto día de ese nuevo proceso de IT.

37. A efectos del cómputo del plazo máximo de duración de la IT, ¿se considera recaída si me dan el alta por curación y al reincorporarme a la empresa me dan baja nuevamente por las mismas dolencias?

En este caso, sólo se tendrá en cuenta el período anterior si entre el alta médica y la siguiente baja médica no han pasado más de 180 días.

Si han pasado más de 180 días desde el proceso anterior, sean o no las mismas lesiones, se trataría de un nuevo período de IT y deberían acreditarse, en caso de enfermedad común, 180 días de cotización en los últimos 5 años.

En caso de que sean distintas lesiones, aunque no hayan transcurrido 180 días, sería un nuevo proceso de IT.

38. ¿Cuándo empieza a computar el plazo para establecer recaída en 180 días?

Desde el alta de una IT anterior por la misma o similar dolencia, o desde la fecha de la resolución por la que se deniega la Incapacidad Permanente o desde que se concede una indemnización por Lesión Permanente No Invalidante.

39. ¿Quién me paga ahora que tengo recaída si ha cambiado la mutua que me protegió el accidente inicial?

Si es AT o EP, habría que ver la base reguladora. Si la del AT inicial es igual o superior a la de la recaída, la primera mutua abonará la recaída tomando como base reguladora la de la recaída. La segunda queda liberada del pago.

Si la base reguladora del AT inicial es inferior a la de la recaída, la primera mutua abonará el importe por la base asegurada en el AT inicial y la segunda pagará la diferencia entre la primera base reguladora y la de la recaída.

En caso de enfermedad común o accidente no laboral, la entidad que protege la IT en el momento de la recaída es la que asume el pago de la prestación, calculando el subsidio en función de las bases de cotización del momento de la recaída, con independencia de quien la haya protegido en el primer proceso.

40. ¿Si vuelvo a recaer, me pueden despedir?

Según el Real Decreto-Ley 4/2020, de 18 de febrero, por el que se deroga el despido objetivo por faltas de asistencia al trabajo. La Ley 1/2020, de 15 de julio deroga el despido objetivo por faltas de asistencia al trabajo establecido en el artículo 52.d) del texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores.

41. ¿Puedo denunciar a la mutua?

Sí. Las reclamaciones que sean por problemas en las prestaciones y servicios, incluidas las indemnizaciones, se realizarán en el Juzgado de lo Social (Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social).

Equipo de Asesoramiento en Salud laboral
CCOO Madrid

C/ Pedro Unanue, 14
Teléfono: 91 536 52 12
slmadrid@usmr.ccoo.es
www.saludlaboralmadrid.es

IRSST

Teléfono: 900 713 123
irsst@madrid.org