



Las mutuas

Los procesos de gestión
y control de la incapacidad temporal



www.ccoomadrid.es

con el trabajo no se juega



Las mutuas

Los procesos de gestión
y control de la incapacidad temporal

Las Mutuas:

Los procesos de gestión y control de la incapacidad temporal

Primera edición: Diciembre de 2014

Edita: CCOO de Madrid

Elabora: Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Depósito legal: M-36471-2014

**IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid
(2012-2016)**

Cofinanciado por el Fondo Social Europeo

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2013-2016) y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni de 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.

1. Presentación	5
2. Introducción	7
3. Mutuas de accidente de trabajo	9
I. Colaboración en la gestión de las contingencias derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional	9
II. Control de la prestación económica por incapacidad temporal derivadas de contingencias comunes	11
III. Cobertura de la incapacidad temporal del régimen especial de los trabajadores por cuenta propia y autónomos. Cese de actividad	11
IV. Cobertura de prestaciones durante el riesgo por embarazo y lactancia natural	13
V. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave	15
VI. Bonus	16
4. Incapacidad temporal	17
5. Duración y prórroga	20
Prórroga	23
6. Desempleo y contingencias	26
7. RD 625/2014 de incapacidad temporal	28
7.1. Ámbito de aplicación	28
7.2. Partes de baja y confirmación	28
7.3. Calificación de la baja	30
7.4. Determinación de la contingencia	31
7.5. Seguimiento y control por parte de las mutuas	34
7.6. Citación para reconocimiento	35
7.7. Propuesta de alta médica emitida por la mutua	36
7.8. Revisión del alta médica realizada por la mutua	38
7.9. Reclamaciones	40

índice



1. Presentación

En el origen de las mutuas está la responsabilidad empresarial derivada del riesgo profesional y la reparación del daño, con pequeñas actuaciones en el campo de la prevención. Desde su creación en el año 1900 hasta ahora, las Mutuas han experimentado una constante metamorfosis navegando entre lo que supone: “una organización privada gestionando funciones públicas”.

Desde hace varios años, han sido objeto de reformas encaminadas a un mayor control por parte de los gobiernos en las gestiones encomendadas con dinero público, así la prevención que realizaban se separa de su actividad y se encomienda a las sociedades de prevención, que son empresas privadas creadas con los recursos que cada mutua tenía para realizar esta función. El siguiente paso es desprenderse de las sociedades de prevención vendiéndolas a otras empresas. Pero, además de gestionar las contingencias profesionales, tanto por accidente laboral como por enfermedad profesional, gestionan la incapacidad temporal por contingencia común, los procesos derivados del embarazo y lactancia, quedando la prevención como una actividad residual al no poder asignar recursos a la misma.

En la actualidad se está pendiente de otra reforma de la Ley de Mutuas por parte del Gobierno, reforma que ha sido anunciada y no negociada con los agentes sociales.

Para el sindicato lo más importante es dotar a los delegados y delegadas de medios que permitan solucionar los problemas más habituales, como son: la mala praxis de algunas mutuas en relación con el no reconocimiento de la contingencia profesional y con las altas indebidas derivadas de la curación del daño. En este sentido, esta guía pretende ser la herramienta que facilite la actuación sindical para hacer más eficaz la labor de los delegados y delegadas de prevención.

Esta guía se encuadra en las actuaciones que CCOO de Madrid realiza en el marco del IV Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales.

Carmelo Plaza Baonza

Secretario de Salud Laboral de CCOO de Madrid

5



2. Introducción

Al ser las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales entidades colaboradoras de la seguridad social que usan recursos públicos, se les debe exigir responsabilidad, transparencia y mayor implicación en la protección de los trabajadores.

Con el pretexto de disminuir el absentismo laboral injustificado, el Gobierno ha planteado y legislado una serie de novedades relacionadas tanto con la Incapacidad Temporal (IT)¹ (alta presunta, seguimiento y control, etc.) como con las Mutuas (cambio denominación, falta participación en la elección, autónomos en grupos control, etc.), que suponen en la práctica un recorte en los derechos de los trabajadores, en este caso enfermos, favoreciendo a las mutuas, otorgándoles mayor control sobre las bajas médicas y cediendo a la gestión privada lo que hasta hoy era facultad del servicio público de salud.

A raíz de la publicación del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración y de la publicación del Proyecto de Ley de Mutuas (a falta de aprobación definitiva) vamos a intentar aclarar algunas de las muchas dudas que hay en el entorno del funcionamiento y atribuciones que tienen las mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y en su gestión de la IT.

El objetivo de esta guía es facilitar a los delegados y delegadas de prevención el trabajo que realizan en las empresas en relación con las mutuas y la gestión que estas hacen de las contingencias que tienen cubiertas. La idea es que conozcan dónde comienza y termina el papel de la mutua, qué hacer en caso de discrepancias y sobre todo que empiecen a familiarizarse con la nueva reglamentación, en aras de poder ayudar y asesorar a los trabajadores y trabajadoras que lo necesiten en sus empresas.

¹ Incapacidad Temporal = IT

7



3. Mutuas de accidente de trabajo²

Las mutuas son asociaciones de empresarios, sin ánimo de lucro, que colaboran con la Seguridad Social en la gestión de las contingencias profesionales, cubriendo todas las prestaciones, tanto económicas como sanitarias y asistenciales. En la realización de estas actividades están sometidas a la inspección y control del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

La colaboración en la gestión de las contingencias profesionales comprende las siguientes actividades o servicios:

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

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

Estos servicios son:

Asistencia sanitaria y rehabilitadora: prestación de servicios médicos y farmacéuticos para restablecer la salud de los trabajadores, así como su aptitud para el trabajo. Esta asistencia sanitaria que se preste al trabajador comprenderá: el tratamiento médico quirúrgico, las prestaciones farmacéuticas y, en general, todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas; el suministro y renovación normal de los aparatos de prótesis y ortopedia y los vehículos para minusválidos; la cirugía plástica y reparadora; el tratamiento rehabilitador; así como la recuperación psicológica del trabajador.

² Según Proyecto de Ley pasarían a llamarse Entidades Colaboradoras de la SS.



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

Prestación económica: trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando existe la imposibilidad temporal para trabajar y, además, se precisa asistencia sanitaria. Las prestaciones económicas que tengan su origen en un accidente de trabajo o enfermedad profesional son abonadas por las mutuas al beneficiario, mediante lo que se conoce como pago delegado.

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

Cuando un trabajador sufre un accidente de trabajo o una enfermedad profesional puede beneficiarse, además de las prestaciones económicas y sanitarias que le correspondan, de una “prestación especial”, que consiste en la concesión de servicios o prestación económica que, no quedando cubiertos por el sistema, se consideren necesarios, como por ejemplo la concesión de ayudas para reformar la vivienda y eliminar barreras arquitectónicas, una silla de ruedas especial, la adaptación de vehículos, el apoyo psicológico, el alojamiento de un familiar en la localidad del ingreso del paciente, viaje, etc.

Para tener acceso a estas ayudas siempre es necesario hacer una solicitud por escrito dirigida a la Comisión de Prestaciones Especiales de la mutua (normalmente todas las mutuas suelen tener un modelo de solicitud que puedes pedir). Puede solicitar esta prestación la propia persona que ha sufrido el accidente o enfermedad o sus familiares (derecho habientes).

Esta prestación es poco utilizada porque es muy poco conocida.



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

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

Las mutuas están autorizadas desde 1995 para realizar la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal, siempre que el empresario lo concierte por escrito. La petición de la empresa de contratar la gestión de la IT por contingencias comunes con la mutua debe ir acompañada de un informe del comité de empresa y/o del delegado de personal, informe que es preceptivo pero no vinculante para el empresario.

III. Cobertura de la incapacidad temporal del régimen especial de los trabajadores por cuenta propia y Autónomos. Cese de Actividad

Cuando un trabajador es autónomo está obligado a cubrir con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social las contingencias comunes, mientras que es opcional cubrir las contingencias profesionales, salvo que sea considerado trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE) y salvo los socios de las cooperativas de trabajo asociado dedicados a la venta ambulante (también autónomos) o que realicen un trabajo considerado de alto riesgo, en cuyo caso es obligatorio.

Se realiza al darse de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA); se tiene que elegir mutua, coincidiendo el nacimiento de sus efectos con el de alta como autónomo.

En cualquier caso es necesaria la formalización con la mutua elegida mediante la suscripción del documento de adhesión a la misma. Tiene una **vigencia temporal de un año**, prorrogable por períodos anuales, salvo denuncia expresa debidamente notificada antes del 1 de octubre del ejercicio anterior al que haya de surtir efecto la adhesión.

11



Protección por cese de actividad

Comprende el abono de una prestación económica mensual y la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes, por cese de actividad total, de carácter definitivo o temporal, de forma involuntaria y por alguno de los motivos previstos en la norma. 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.

Los motivos previstos en la norma son que el cese en la actividad desarrollada por el trabajador se deba a motivos económicos, técnicos, productivos u organizativos, causas de fuerza mayor, pérdida de licencia administrativa, violencia de género, divorcio o acuerdo de separación matrimonial y sea debidamente justificado.

Se exigen los siguientes requisitos:

- Alta en el régimen especial.
- Solicitar la baja en el régimen especial correspondiente a causa del cese de actividad.
- Periodo 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.
- Periodo mínimo entre 2 prestaciones por cese de actividad de 18 meses desde el inicio de la primera.
- 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 (si tuviera trabajadores a su cargo).



IV. Cobertura de 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 este negativamente en su salud o en la del feto, a otro compatible con su estado, dicho cambio no resulte posible o no pueda exigirse por motivos justificados.

El reconocimiento y pago de la prestación corre a cargo de la entidad que gestiona las contingencias profesionales (para la mayor parte de las empresas será la mutua a la que la empresa esté asociada). En un número reducido de empresas, las contingencias profesionales son gestionadas directamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)³.

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, si procede.

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 hasta que se haya incorporado a otro puesto compatible con su estado en la empresa.

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.

³ Instituto Nacional de la Seguridad Social = INSS



- 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 el que se determine que existe el riesgo y que este impide el desarrollo normal de la actividad para 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 han preparado impresos de solicitud normalizados que se pueden consultar en las páginas web de cada mutua, accesibles a través de la web de AMAT (www.amat.es). La página web del INSS (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.

Características de 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.

V. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave

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 por ciento) 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.

Para poder acogerse al subsidio: ambos progenitores deben trabajar, ya sea por cuenta propia o ajena; el menor debe tener menos de 18 años; hay que estar afiliado a la Seguridad Social y tener un periodo mínimo de cotización exigido.

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 perma-

15



nente del hijo o del menor acogido por parte del beneficiario, o cuando el menor cumpla los 18 años.

La gestión y el pago corresponderán a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales 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.

VI. Bonus

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

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 por ciento o un 10 por ciento de lo cotizado por contingencias profesionales, pero solo se podrá recuperar hasta esos topes (el primer año y los siguientes, respectivamente).

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 los trabajadores. Si en el futuro se establece un incremento de cotizaciones para las empresas incumplidoras con excesivos índices de siniestralidad, será esta una oportunidad para ampliar la financiación del «bonus». Ello redundará en una mayor concienciación para invertir en prevención, ya que el empresario que trate de minorar el cumplimiento de sus obligaciones en prevención (ahorrando estos desembolsos), cuando sea localizado, debería pagar con el incremento en sus cotizaciones.



4. Incapacidad temporal

Es la situación del trabajador o trabajadora en activo (afiliado y en alta) que debido a una enfermedad (común o profesional) o un accidente (no laboral o de trabajo) está imposibilitado para trabajar y precisa asistencia sanitaria.

Se incluyen los períodos de observación por enfermedad profesional, en los que se prescribe la baja en el trabajo durante esa observación

	Contingencias comunes: accidentes y enfermedades no provocadas por la exposición laboral	Contingencias profesionales: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
	Quién cobra	
	Personas afiliadas y en alta o situación asimilada al alta (percepción de la prestación por paro y traslado de la empresa fuera territorio nacional) a SS.	
	Enfermedad común: 180 días cotizados en los 5 años anteriores. Accidente no laboral: NO se exige periodo previo de cotización.	NO se exige periodo previo de cotización. Los trabajadores se considerarán de pleno derecho afiliados y en alta aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones.
Quién paga	Seguridad Social. Si la empresa tiene contratada gestión: MUTUAS. Empresa colaboradora ⁴ .	MUTUAS. Seguridad Social. Empresa colaboradora.

17

⁴ Asociaciones, fundaciones y entidades públicas o privadas que colaboran con la Seguridad Social previa inscripción en un registro público.





	Contingencias comunes: accidentes y enfermedades no provocadas por la exposición laboral	Contingencias profesionales: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
Quién da alta y baja médica	<p>Servicio Público de Salud: Partes de baja, confirmación de baja y alta.</p> <p>Médico del INSS: seguimiento y control de la baja y alta médica. A partir 12 meses: altas, recaídas y nuevas bajas.</p> <p>MUTUAS: Control de la baja y propuesta de alta.</p> <p>Empresa colaboradora: Partes médicos de baja, confirmación y alta de los trabajadores a su servicio.</p>	<p>MUTUAS: Partes de baja, confirmación y alta.</p> <p>Si la empresa NO está asociada a mutua: Servicio Público de Salud.</p> <p>Médico adscrito del INSS</p> <p>Si la empresa es colaboradora, con medios propios.</p>
Prestación económica	<p>Del 1^{er} al 3^{er} día: 0 % Base Reguladora.</p> <p>Del 4^o al 15^o día: 60% BR a cargo de la empresa.</p> <p>Del 16^o al 20^o día: 60% BR</p> <p>Del 21 en adelante: 75 % BR</p> <p>A cargo del INSS / mutua / empresa colaboradora.</p>	<p>1^{er} día de AT con BAJA: 100% del salario de día trabajado a cargo de la empresa.</p> <p>A partir del día siguiente a la baja: 75% BR a cargo de la MATEPSS / INSS / empresa colaboradora.</p> <p>ATENCIÓN: en algunas ocasiones se cobra el 100% del salario porque así está establecido en el convenio del sector o de la empresa.</p> <p>Desde el día que se inicie la suspensión del contrato: 100% BR por riesgo de embarazo y por lactancia natural.</p>

Si se considera que el AT o la EP se han producido por falta de medidas de prevención o protección por parte del empresario, todas las prestaciones económicas que pudieran derivarse de ese accidente o enfermedad se podrán incrementar según la gravedad de la infracción entre un 30 y un 50 por ciento. El pago de esta prestación recae directamente sobre el empresario, y para conseguirla, la persona afectada, sus familiares y/o los delegados de prevención podrán realizar una denuncia a la Inspección de Trabajo, solicitando en la misma el recargo de prestaciones, o bien directamente ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Pago delegado: la empresa abona directamente al trabajador la prestación económica en forma de pago delegado y posteriormente se lo deduce en los seguros sociales.

Pago directo: Cuando se extingue el contrato del trabajador que está en situación de IT por contingencias comunes, la prestación se gestiona de forma directa por parte del INSS o la mutua, si ésta gestionaba la prestación económica por enfermedad común. En el caso de que la IT sea por contingencia profesional el pago de la prestación pasa directamente a la mutua.

19



5. Duración y prórroga

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, el trabajador pueda ser dado de 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.

A efectos del periodo máximo de duración y de su posible prórroga, se computarán los de recaída y de observación.

Se considerará que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los 180 días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior o de la resolución denegatoria de incapacidad permanente.

Agotado el plazo de duración de 365 días, el INSS será el único competente para determinar:

- Prórroga expresa con un límite de 180 días más.
- Iniciación de un expediente de incapacidad permanente.
- Revisar la incapacidad permanente.
- Alta médica por curación o por incomparecencia a los reconocimientos médicos que haya convocado.

De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquella se produzca en un plazo de 180 días naturales posteriores al alta médica por la misma o similar patología.



Cada vez es más frecuente el hecho de que un trabajador en situación de IT sea dado de alta médica por el INSS a pesar de que este aún no haya recuperado la capacidad para llevar a cabo su trabajo.

Cuando esto ocurre el trabajador puede presentar su **disconformidad con el alta médica emitida por el INSS** en un plazo máximo de cuatro días naturales a partir del día en el que le fue notificada el alta.

El modelo reglamentario está disponible en la página web de la Seguridad Social y debe presentarlo ante la inspección médica del Sistema Público de Salud.

Cuando inicia este procedimiento de disconformidad, el trabajador debe comunicarlo a la empresa el mismo día o al día siguiente hábil.

La entidad gestora deberá pronunciarse expresamente en el transcurso de los 7 días naturales siguientes, notificando la resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica, en el sentido siguiente:

- Si en función de la propuesta reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de IT a todos los efectos.
- Si, por el contrario, se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquella, solo se prorrogará la situación de IT hasta la fecha de la última resolución.

La entidad gestora competente comunicará a la empresa, a la mayor brevedad posible, todas las decisiones que puedan afectar a la duración de la situación de incapacidad temporal del interesado. Las comunicaciones entre las entidades gestoras, los servicios públicos de salud y las dirigidas a la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos.

Si el SPS confirmara la decisión de alta de la entidad gestora o si no se pronunciara en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica, y el trabajador debe reincorporarse a su trabajo. Durante el periodo de tiempo transcurrido entre la fecha de alta y aquella en la que la misma adque-

21



ra plenos efectos se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal, es decir, mientras se resuelve la disconformidad el trabajador no debe reincorporarse a su puesto de trabajo.

22



Prórroga

El reconocimiento de la prórroga de IT por contingencias comunes desde el día 365 de IT en adelante será competencia exclusiva del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Cuando la cobertura de la IT, derivada de contingencias profesionales, se hubiera concertado con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, ésta efectuará propuesta al INSS, debiendo entenderse aceptada dicha propuesta si el INSS no se manifiesta en cinco días.

La prórroga se reconocerá exclusivamente por el tiempo que el EVI (Equipo de valoración de Incapacidades) estime en que puede producirse la curación, con un máximo de 180 días. Si el plazo estimado de curación supera los 180 días, no procederá la prórroga y sí la iniciación de expediente de Incapacidad Permanente, aún cuando las secuelas invalidantes no sean definitivas.

Durante la prórroga, el trabajador es controlado médicamente por el INSS. Como consecuencia de este control se pueden adoptar las siguientes decisiones:

- Alta médica: El alta médica emitida por el INSS, desde la prórroga de la IT, supone la extinción de la IT y el trabajador tiene que incorporarse al trabajo salvo que presente Reclamación Previa ante el INSS.
- Continuación de la prórroga hasta un máximo de 180 días. Inicio de un expediente de Incapacidad Permanente (IP).
- Propuesta de Incapacidad Permanente. Se extingue la IT.

Cuando, iniciado un expediente de incapacidad permanente antes de que hubieran transcurrido 545 días naturales de duración del subsidio de IT, se denegara el derecho a la prestación de incapacidad permanente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) será el único competente para emitir, dentro de los 180 días naturales posteriores a la resolución denegatoria, una nueva baja médica por la misma o similar patología. En estos casos se reanuda el proceso de IT hasta el cumplimiento de los 545 días.

23



Cuando el derecho al subsidio se extinga por el transcurso del periodo de 545 días naturales fijado en el apartado anterior, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de 3 meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda.

No obstante, 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 730 días naturales sumados los de IT y los de prolongación de sus efectos.

Durante los períodos previstos de 3 meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.

Extinguido 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 incapacidad permanente.

No obstante, cuando se trate de la misma o similar patología y no hubiesen transcurrido 180 días naturales desde la denegación de la incapacidad permanente, podrá iniciarse un nuevo proceso de IT, por una sola vez, cuando el INSS considere que el trabajador puede recuperar su capacidad laboral. Para ello, el INSS acordará la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica por IT.

En el supuesto de alta médica anterior al agotamiento **del plazo máximo de duración de la situación de incapacidad temporal (545 días)**, sin que exista ulterior declaración de incapacidad permanente, subsistirá la obligación de cotizar mientras no se extinga la relación laboral o hasta la extinción del citado plazo de 545 días naturales, de producirse con posterioridad dicha declaración de inexistencia de incapacidad permanente.



Si el INSS emite un alta con propuesta de incapacidad permanente, bien sea por acuerdo del INSS o bien por el transcurso de los 545 días naturales, el trabajador mantendrá la situación de prolongación de efectos económicos de la IT hasta que se califique su incapacidad permanente.

25



6. Desempleo y contingencias

IT → Desempleo

Cuando iniciada la situación de incapacidad temporal se extinga el contrato de trabajo ha de ser la entidad con la que se hubiera cubierto el riesgo la responsable directa del pago del subsidio (INSS o mutua) a partir de producida dicha extinción.

a) El trabajador en baja por IT **Contingencia Común** al que se le extinga su contrato: seguirá percibiendo la prestación en cuantía igual que la del desempleo al que tenga derecho y consumiendo el tiempo que le correspondería de ese periodo de desempleo. Tras el alta pasaría a la prestación por desempleo contributivo, por el tiempo restante, o al subsidio si diese lugar. El Servicio Público de Empleo cotizará a la Seguridad Social, asumiendo la cotización que corresponda al trabajador en su totalidad por todo el periodo que se descuenta como consumido, incluso cuando no se haya solicitado la prestación por desempleo.

En este caso, el trabajador deberá presentar ante el INSS o la mutua (en 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.

b) El trabajador en baja por IT **Contingencia Profesional** al que se le extingue su contrato de trabajo 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 con el de IT.

Desempleo → IT

En el caso de que se esté percibiendo la prestación de desempleo y se pase a situación de incapacidad temporal, se tendrá derecho a la prestación por esta situación en cuantía igual al desempleo. El periodo de percepción de la prestación no se ampliará por esta circunstancia. Durante esta situación, la entidad gestora de la prestación por desempleo continuará satisfaciendo



do las cotizaciones a la Seguridad Social. Pero si el trabajador continúa de baja y finaliza el periodo de prestación, seguirá 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 rentas de efectos múltiples mensual (el llamado IPREM).

Maternidad/paternidad → Desempleo

Cuando el trabajador se encuentre en situación de maternidad o de paternidad y durante las mismas se extinga su contrato, seguirá percibiendo la prestación por maternidad o por paternidad hasta que se extingan dichas situaciones, pasando entonces a la situación legal de desempleo y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la correspondiente prestación. En este caso **no se descontará** del período de percepción de la prestación por desempleo de nivel contributivo el tiempo que hubiera permanecido en situación de maternidad o de paternidad.

Desempleo → Maternidad/Paternidad

Cuando el trabajador esté percibiendo la prestación por desempleo total y pase a la situación de maternidad o de paternidad, percibirá la prestación por estas últimas contingencias en la cuantía que corresponda.

Si el trabajador pasa a la situación de maternidad o de paternidad, se le suspenderá la prestación por desempleo y la cotización a la Seguridad Social antes indicada y pasará a percibir la prestación por maternidad o por paternidad, gestionada directamente por su Entidad Gestora. Una vez extinguida la prestación por maternidad o por paternidad, se reanudará la prestación por desempleo, por la duración que restaba por percibir y la cuantía que correspondía en el momento de la suspensión.

27



7. RD 625/2014 de incapacidad temporal

El 21 de julio de 2014 se publicó el RD 625/2014, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración, que incorpora una serie de novedades importantes que es necesario conocer y que hacen referencia a nuevas formas de expedición de los partes médicos de baja, confirmación de las bajas y altas, homologación de la emisión y tramitación de los partes con independencia de la causa que originó la IT, establecer un protocolo de temporalidad de los actos de confirmación de la baja médica basado en el diagnóstico médico, pero también en la ocupación y la edad del trabajador, etc.

7.1. Ámbito de aplicación

Se aplica al régimen general y autónomo de la Seguridad Social, en los primeros 365 días de la baja, tanto por las contingencias comunes como para las profesionales. No se aplica a los regímenes especiales de las Fuerzas Armadas, los funcionarios civiles de la Administración del Estado y del personal al servicio de la Administración de Justicia.

Pasados los 365 días el Instituto Nacional de la Seguridad Social es quien decide: dar el alta, conceder la prórroga de la baja por otros 180 días o que el trabajador pase por el tribunal médico para que este estudie una posible incapacidad permanente.

7.2. Partes de baja y confirmación

Según el RD 625/2014, los partes médicos en los procesos declarados como contingencia común seguirán siendo expedidos por el sistema público. En las contingencias profesionales, los partes seguirán siendo expedidos por las mutuas, siempre que nuestra empresa haya concertado la protección de estas contingencias con una mutua.

La frecuencia con la que se emitirán dependerá del periodo de duración de la baja que estime el médico, usando para ello unas tablas tipificadas con los plazos orientativos según diagnóstico, ocupación y edad



del trabajador. Independientemente de estos plazos, el alta se emitirá cuando el médico considere que el trabajador está en condiciones de volver a trabajar.

PARTES BAJA Y CONFIRMACIÓN		
	C. Común	Contingencia Profesional
Órgano competente para su expedición	Médico de familia del Sistema Público de Salud	Médico de la mutua o médico de Atención Primaria según sea la entidad que da la cobertura (mayoritariamente serán los médicos de las mutuas)
Partes de confirmación. Si el proceso se estima que dure: <ul style="list-style-type: none"> • menos de 5 días • entre 5 y 30 días • entre 31 y 60 días • más de 60 días 	Emitir el parte de baja y el de alta en el acto. El primero a los 7 días. El resto cada 14 días máximo. El primero a los 7 días. Los demás cada 28 días máximo. El primero a los 14 días. El resto cada 35 días máximo.	
Fin partes confirmación	Cuando el proceso llega a los 365 días. Antes de llegar esa fecha, se ha de comunicar al interesado que el control pasa a ser ejercido por los servicios médicos de la Entidad Gestora (INSS)	
INFORMES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS		
Lo expide el médico de familia. Son de aplicación en los procesos con duración de 30 días o más. Han de acompañar al segundo parte de baja.		
INFORMES DE CONTROL		
Los expide la inspección médica del Servicio de Salud o el médico de atención primaria, bajo supervisión del anterior. Se realiza con carácter trimestral.		



7.3. Calificación de la baja

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

Puede iniciar el procedimiento de oficio (por iniciativa propia, a petición de la Inspección de Trabajo o del servicio público de salud), o bien a instancia del trabajador o de la mutua.

En el caso de que el trabajador acuda al médico de la mutua por considerar que está ante un accidente de trabajo o ante una enfermedad profesional, y el médico que lo atiende discrepa y piensa que la patología del trabajador es común y lo deriva a su médico de familia **tiene que motivar esa discrepancia** con informes y pruebas que fundamenten la consideración de contingencia común,

RECUERDA: Nunca salgas de la mutua sin el informe médico en que describa la patología y donde se señale el diagnóstico, el tratamiento y los motivos que justifican que la contingencia sea común, así como los informes de las pruebas que se te hayan realizado.

Entonces, ¿si no me quieren atender?

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

Una vez en el servicio público de salud y a raíz de la baja del médico de familia se puede iniciar la determinación de contingencia ante el INSS, pudiendo argumentar mejor la solicitud a partir del informe de la mutua.

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, que la determinación de la contingencia la puede iniciar a la vez el trabajador y el servicio público de salud.



7.4. Determinación de la contingencia

En el RD 625/2014 se añade el art.6 al RD 1430/2009, que regula el procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de IT.

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

- a) El INSS de oficio o a iniciativa de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, servicio público de salud, o Instituto Social de la Marina.
- b) A instancia del trabajador o su representante legal.
- c) A instancia de las mutuas o empresas colaboradoras.

El INSS comunicará la iniciación del procedimiento 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 al trabajador comunicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles para aportar la documentación y hacer alegaciones.

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

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 anteriores.

La resolución determina 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.



¿Qué ocurre si tengo baja por contingencia común?

Cuando hubiese baja por contingencias comunes, se abonará la prestación de IT hasta la fecha de resolución del procedimiento, debiendo la mutua pagar la diferencia al trabajador si la resolución determina el carácter profesional de la contingencia.

32



Procedimiento de la Determinación de la Contingencia

Parte de baja y discrepancia del origen de la patología causante por:

INSS de oficio a iniciativa o solicitud motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) y/o el Sistema Público de Salud (SPS).

Afectado/a

Mutua/Empresa colaboradora autoaseguradora, si es el caso.

Trabajador/a: Acompañar toda la documentación que apoye la consideración como profesional: Identificación de riesgos, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, información/formación preventiva recibida, etc.

Además de los informes y pruebas médicas realizadas.

¿Ante quién se presenta? **A la dirección provincial del INSS**

El INSS comunica inicio del procedimiento al SPS, mutua, empresa colaboradora, si son implicados y ellos no hubiesen iniciado este procedimiento. Para:

Plazo máx. **4 días hábiles**

Puede
CITAR

Si **NO FUE** el trabajador quien inició el procedimiento se le comunica por el INSS para que en un **máx. de 10 días hábiles** aporte documentación y alegue.

Aporte de antecedentes del caso e informes.

15
días

Informe propuesta del EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades)

Para que el/la **DIRECTORA/A PROVINCIAL DEL INSS RESUELV**A y dicte resolución calificando la contingencia origen del daño.

33



7.5. Seguimiento y control por parte de las mutuas

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

El INSS remite el parte a la mutua de un proceso de baja por contingencia común después de que el Sistema Público de Salud le de aviso de dicha baja. Las mutuas deberán comunicarse vía informática con el INSS.

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 (art .4.3 del RD 625/2014):

los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal forman parte de este, por lo que tendrán acceso a los mismos los inspectores médicos adscritos al INSS, ISM y los facultativos de las mutuas respecto de los procesos por contingencia común correspondientes a los trabajadores protegidos por las mismas.

Entonces, cómo trabajadores, ¿qué tenemos que llevar a una mutua?

La respuesta es NADA. Es el INSS quien envía toda la información necesaria para que la mutua gestione y controle la baja es voluntad del trabajador querer ampliar esa información.

No hay que dar información a través del teléfono ya que, si llama, la mutua tiene toda la información necesaria; por otro lado si llama alguien distinto, a la mutua para el control de la IT solo podrá usar los datos si el trabajador presta su consentimiento para ello. 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.



7.6. Citación para reconocimiento

Durante los reconocimientos realizados por los médicos de las mutuas son de aplicación todos los derechos que se tienen como pacientes. Se ha de garantizar el sigilo profesional y la confidencialidad de los datos de salud.

La citación debe realizarse con una antelación mínima de cuatro días hábiles (por lo que en procesos de cinco días o menos, no se debe acudir). En dicha citación se informa que en caso de que la incomparecencia no esté justificada puede suponer la suspensión cautelar o extinción de la prestación económica.

...¿me pueden citar por teléfono?

NO debemos aceptarlo. Se deben exigir que las citaciones para reconocimientos sean por medios donde quede constancia que se ha recibido: carta certificada, burofax, etc.

En caso de no asistir al reconocimiento:

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 al interesado.

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 el trabajador no justifica suficientemente la falta de asistencia, se extinguirá la prestación⁵.

⁵ En caso de ausencia a reconocimiento del INSS, el inspector médico de este organismo podrá expedir el alta médica por incomparecencia.

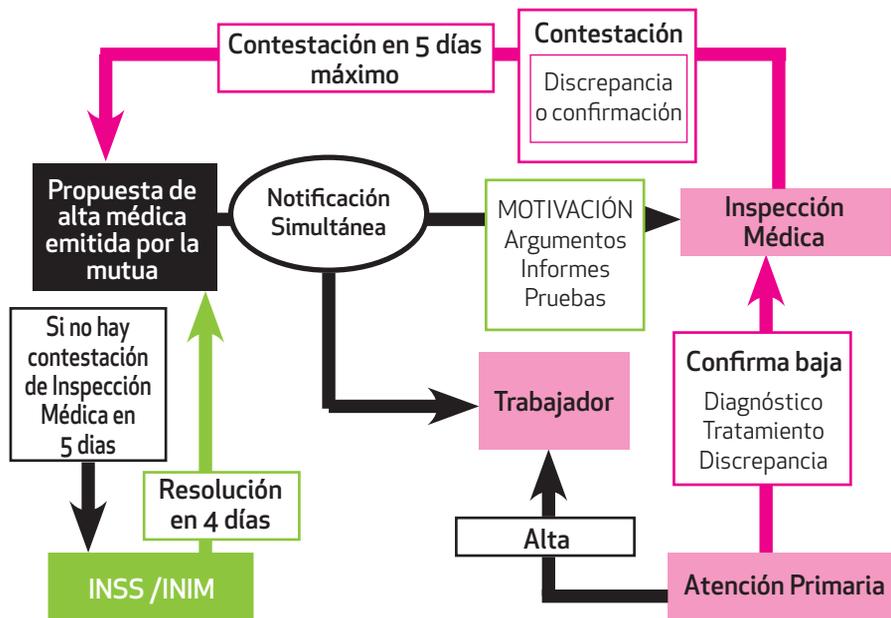


Se entenderá que la incomparecencia fue justificada:

- Cuando el trabajador aporte informe emitido por el médico del servicio público que le dispense la asistencia sanitaria, por ser desaconsejable para su estado.
- Cuando la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a 4 días hábiles.
- Cuando el beneficiario acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

7.7. Propuesta de alta médica emitida por la mutua

Propuestas motivadas de alta emitidas por la MATEPSS en IT cc



- La mutua puede realizar una propuesta de alta médica dirigida a la inspección del Servicio Público de Salud, quien dispone de un plazo máximo de 5 días para responder.
- **Simultáneamente debe comunicar al trabajador afectado 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, etc.); o bien
 - Dando de alta al trabajador (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 días⁶.

Es importante destacar que ha desaparecido el concepto "alta presunta" que fue incluido en borradores anteriores, y que hacía referencia al alta por silencio administrativo que se producía cuando ni el Servicio Público de Salud ni el INSS respondían en plazo a la propuesta de alta de la mutua.

⁶ Se establece un régimen transitorio para los plazos de contestación hasta febrero, en el caso del servicio público de salud será de 11 días, y en el del INSS serán 8.



7.8. Revisión de alta médica realizada por la mutua

Se modifica el RD 1430/2009, de forma que se han incrementado los plazos para que el trabajador o trabajadora pueda cursar la revisión del alta de la mutua.

Este procedimiento se inicia a instancia del interesado, teniendo un **plazo de 10 días hábiles** siguientes a la notificación del alta médica para presentar ante el INSS su disconformidad, usando un Modelo Reglamentario (disponible en la página web de la Seguridad Social www.seg-social.es); este documento debe ir acompañado, **necesariamente**, del historial médico previo relacionado con el proceso de IT o la copia de haber solicitado a la mutua dicho historial.

El trabajador que inicie el procedimiento de revisión lo debe comunicar a la empresa el mismo día o el día siguiente hábil a presentar su solicitud, también a través de un modelo reglamentario (disponible en la página web de la Seguridad Social www.seg-social.es).

El Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social competente el inicio del procedimiento especial de revisión 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. En el caso de que no se presentara la citada documentación, se dictará la resolución que proceda, teniendo en cuenta la información facilitada por el interesado.

La mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social correspondiente podrá pronunciarse reconociendo la improcedencia del alta emitida, lo que motivará, sin más trámite, el archivo inmediato del procedimiento iniciado por el interesado ante la entidad gestora.



A su vez, cuando el interesado solicite una baja médica derivada de contingencia común y se conociera la existencia de un proceso previo de incapacidad temporal derivada de contingencia profesional en el que se hubiera emitido un alta médica, el Servicio Público de Salud deberá informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar, en el plazo de los diez días hábiles siguientes al de notificación del alta médica emitida por la entidad colaboradora, este procedimiento especial de revisión y, además, con carácter inmediato comunicará a la entidad gestora competente la existencia de dos procesos distintos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados.

El Director 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 el trabajador todavía tiene dolencias.
- Declaración de nulidad del alta de la mutua, si el trabajador se recupera durante el proceso de reclamación, por considerarla prematura.
- Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de IT, cuando existe baja por el Sistema Público de Salud; la resolución conllevará (si se confirma la baja) la determinación de contingencia, regularizándose los pagos si la consideración es contingencia profesional.

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



7.9. Reclamaciones

Los trabajadores que estén disconformes con la atención que han recibido por parte de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social pueden plantear ante el Ministerio de Trabajo e Inmigración la reclamación a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones a Mutuas en la página de la Seguridad Social www.seg-social.es, en la dirección **www.ovrmatepss.es/virtual/**.

La oficina virtual se complementa con un servicio de **atención telefónica -902 112 651-** que informará a los trabajadores sobre las prestaciones de las mutuas.

Estas nuevas vías de reclamación se suman a la ya existente de los **libros de reclamaciones** integrados por las correspondientes hojas, de cuya existencia darán conocimiento público 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 los servicios de asesoramiento del sindicato, aclarando que se hace en nombre del trabajador y adjuntando sus datos personales.



notas



Lined writing area with 20 horizontal green lines.

notas



Lined writing area consisting of 25 horizontal green lines.

notas



notas



Ante cualquier duda llámanos
Equipo de Asesoramiento en Salud Laboral

C/ Pedro Unanue, 14

28045 Madrid

Teléfono: 91 536 52 12 (ext. 5212)

www.saludlaboralmadrid.es

slmadrid@usmr.ccoo.es

En la página web podéis encontrar toda la información relativa a la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid, así como ver las Jornadas, campañas, convocatorias, etc. que se pueden convocar desde la misma.

Además, y lo que puede ser más interesante, podréis ver todos los acuerdos, informes, etc. en los que participa la Secretaría, y también podéis descargar todas las publicaciones que se realizan y que incluyen multitud de libros, guías y folletos de diferentes temas que te pueden resultar muy útiles en tu trabajo diario.

También puedes encontrar “modelos de escritos” y “modelos de solicitudes” que puedes necesitar.



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE EMPLEO,
TURISMO Y CULTURA

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



UNIÓN EUROPEA

FONDO SOCIAL EUROPEO

El Fondo Social Europeo invierte en tu futuro