

# GUÍA SOBRE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL



[www.ccoomadrid.es](http://www.ccoomadrid.es)

# **Guía sobre la gestión de la incapacidad temporal**

## **Guía sobre gestión de la incapacidad temporal**

**Primera edición:** diciembre de 2015

**Edita:** CCOO de Madrid

**Elabora:** Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid

**Depósito legal:** M-40368-2015

**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.

# Guía sobre gestión de la incapacidad temporal



# Índice

Presentación.....	7
Introducción.....	9
<b>1. INCAPACIDAD TEMPORAL.....</b>	<b>17</b>
1.1. Duración y prórroga .....	20
I. Prórroga.....	22
II. Demora de calificación .....	23
III. Alta médica.....	24
IV. Extinción del derecho.....	25
1.2. Partes de baja y confirmación.....	27
1.3. Citación para el reconocimiento.....	29
1.4. Desempleo y contingencias.....	30
<b>2. INCAPACIDAD PERMANENTE .....</b>	<b>33</b>
<b>3. LESIÓN PERMANENTE NO INVALIDANTE.....</b>	<b>37</b>
<b>4. INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES.....</b>	<b>39</b>
4.1. Seguimiento y control por parte de las mutuas .....	39
4.2. Propuesta de alta médica realizada por las mutuas .....	40
<b>5. INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES.....</b>	<b>43</b>
5.1. Accidente de trabajo.....	43
I. Supuestos asimilados al accidente de trabajo .....	44
II. Presunción de accidente de trabajo.....	47
III. Exclusión como accidente de trabajo. Ruptura del nexo causal.....	48
IV. Actuación para el reconocimiento del accidente de trabajo .....	49
5.2. Enfermedad profesional.....	51

I. El cuadro de enfermedades profesionales.....	52
II. Actuación para el reconocimiento de la enfermedad profesional.....	53
5.3. Denuncia las contingencias profesionales.....	56
5.4. Calificación de la baja.....	58
5.5. Determinación de la contingencia .....	59
5.6. Revisión del alta médica realizada por las mutuas.....	61
5.7. Por qué es importante que se reconozcan las contingencias profesionales.....	63
<b>6. RÉGIMEN ESPECIAL DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y AUTÓNOMOS.....</b>	<b>67</b>
<b>7. RECLAMACIONES.....</b>	<b>69</b>

# Presentación

La incapacidad temporal es uno de los indicadores de salud más importantes que señala un problema de interacción entre la salud y las actividades de las personas (entre ellas la laboral), y además es un claro reflejo de las condiciones de trabajo.

La protección de la IT es un logro social relativamente reciente en la historia de la clase trabajadora. Sin embargo, desde hace algunos años nos encontramos en España con una situación perversa, y es que la incapacidad temporal se ha convertido en sinónimo de absentismo, asumiendo además la existencia de un nivel de fraude muy elevado que justifica la necesidad de actuar por parte de la Administración.

El absentismo es “la falta de un empleado al trabajo”, así se define en el diccionario y así debemos de utilizarlo para no pervertir el lenguaje, como medio que sirve para transmitir algo, en este caso: la ausencia al trabajo.

Pero el término absentismo se utiliza mal hasta conseguir, en algunos casos, criminalizar conductas y hacer políticas basadas en reducir y minorizar las actuaciones fraudulentas y no atajar el verdadero problema, que sería analizar y estudiar las causas que generan las enfermedades y los accidentes, tanto en el ámbito laboral como fuera de él, y dar una correcta atención a las personas que sufren estas situaciones.

Si se actuase sobre las causas que generan estos procesos se reducirían de forma considerable las bajas por incapacidad temporal, y si esa actuación se hiciera de manera responsable sobre su gestión se acortaría su duración en el tiempo, evitando costes innecesarios y situaciones que nadie desea, como es estar enfermo.

Es en este punto, en el que desde la Salud Laboral de CCOO, nos planteamos dar herramientas para el conocimiento a los trabajadores y trabajadoras, de cómo actuar frente a la incapacidad temporal en el ámbito

laboral y que la misma y su gestión no sea y represente un problema añadido al hecho de estar enfermo.

Esta guía está dirigida a todos los trabajadores y trabajadoras que operan en el mundo laboral y da pautas para actuar frente al constante devenir que las sucesivas modificaciones del control y la gestión de la incapacidad temporal se vienen realizando por las empresas, servicios públicos de salud, los servicios de prevención, las Mutuas y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud, que son los intervinientes en esta materia.

Esperamos que sea de utilidad para la mejora de la salud y redunde en el avance de la prevención para evitar las pérdidas de salud en el ámbito laboral.

Agradecemos el trabajo de los técnicos que han colaborado en su realización y manifestamos que ha sido realizada en el marco del IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid.

Carmelo Plaza Baonza  
Secretario de Salud Laboral de CCOO de Madrid

# Introducción

Desde diferentes estamentos, tanto políticos como empresariales, y en base a estudios pretendidamente “neutrales” o “científicos” se ha utilizado una y otra vez el argumento del absentismo laboral como un factor que merma la competitividad de las empresas, asimilando de forma mimética absentismo con incapacidad temporal, e incapacidad temporal con “fraude” (la población trabajadora dice que está enferma para no ir a trabajar). Si contrastamos este discurso con los datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social comprobamos que las declaraciones que crean la alarma no son rigurosas ni en el manejo de las cifras ni en la utilización de los conceptos. Pero lo cierto es que estos mensajes han llegado a calar en la sociedad.

Lo más sorprendente es que siempre se habla del coste desmedido de la incapacidad temporal, pero nunca se mencionan o se estudian sus causas. Así, los poderes públicos, en su obsesión por reducir el coste de las bajas laborales, han adoptado diferentes medidas, muchas de ellas con repercusiones claramente negativas para los trabajadores y trabajadoras (que llegan incluso a criminalizarlos por el simple hecho de enfermar), pero no parecen interesados en descubrir porqué enferman los trabajadores o cómo mejorar su estado de salud y no se utiliza la información como indicador de salud y de las condiciones de trabajo. Recordemos la modificación del art.52 del Estatuto de los Trabajadores que permite el despido colectivo por faltas individuales al trabajo, como puede ser tener una IT otorgada por un médico del sistema público de salud, poniendo en peligro un derecho constitucional fundamental como es la salud.

En la actualidad y como consecuencia de la crisis económica y el miedo a la pérdida del empleo, la realidad es la contraria, aparece el fenómeno del presentismo. Según la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, realizada en 2010, el 37,8 por ciento de los trabajadores españoles

fueron a trabajar a pesar de estar enfermos, y según la VII Encuesta de Condiciones de Trabajo, el 40% de los trabajadores y trabajadoras amplía su jornada laboral de forma habitual, de los cuales el 16,7% no recibe ningún tipo de compensación por ello.

Recientemente, y continuando con esta línea de reducir el absentismo laboral, se han hecho otras modificaciones normativas, como la Ley de Mutuas y el RD 625/2014, en los que se dota a las Mutuas de mayor capacidad en el control en las Incapacidades Temporales (tanto profesionales como comunes), pueden controlar las bajas que emite el médico del sistema público de salud desde el primer día de la baja y pueden acceder a la información clínica del trabajador/a (solo del proceso causante de la baja laboral), con el fin de poder hacer propuestas de alta y seguimiento del proceso de incapacidad temporal.

La opinión que recibimos en CCOO de la parte trabajadora (enfermos y enfermas) es que se encuentran fiscalizados y controlados, tanto por la empresa, el Servicio Público de Salud (SPS), el Instituto Nacional de Seguridad y Salud (INSS), las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (Mutuas), y/o por el Servicio de Prevención (SP). Estos actores los someten a múltiples controles para valorar la necesidad de continuar con esa baja, motivados más por criterios economicistas que sanitarios.

Desde la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid consideramos que gestionar una Incapacidad Temporal no significa únicamente reducir su duración, sino que se debe incidir sobre sus causas poniendo el foco de atención en la prevención, lo que a nivel de la empresa significa mejorar las condiciones de trabajo y a nivel público mejorar la gestión y los servicios asistenciales.

Para dar respuesta a las dudas sobre los cambios normativos, conocer los derechos y deberes de los trabajadores y trabajadoras en la gestión de la IT, etc. hemos querido elaborar esta guía sobre la Gestión de la Incapacidad Temporal para intentar aclarar los nuevos conceptos, procedimientos, plazos, etc. Como trabajadoras y trabajadores se os ofrece unas pinceladas generales, si bien y debido a la complejidad del tema, para ca-

Los/as individuos/as instamos a que acudáis a los delegados y delegadas de prevención de vuestras empresas y/o a nuestros gabinetes de CCOO para ser asesorados/as sobre esta materia.

## **Sistema de la Seguridad Social<sup>1</sup>**

Todas las ciudadanas y los ciudadanos, para poder llevar una vida digna, necesitan un salario por su trabajo, cosa que desgraciadamente no siempre es posible. Así, pueden darse casos como que una persona trabajadora llegue a la edad de jubilación y cese en el trabajo, o tenga reducida o anulada su capacidad para trabajar definitivamente, fallezca o sea despedido. Tampoco puede trabajar en situaciones tales como enfermedad, accidente, maternidad, paternidad, adopción o acogimiento. Situaciones que provocan, en las personas que están en cualquiera de estas situaciones, un exceso de gastos o una disminución de ingresos, que pueden afectar a sus necesidades básicas (alimentos, vivienda, vestido, asistencia médica, etc.).

El artículo 41 de la Constitución española, al referirse a la Seguridad Social, establece que “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.”

En su artículo 43, establece “el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos”. Por ello, el Estado, a través de la Seguridad Social, garantiza a las personas comprendidas en su campo de aplicación, por realizar una actividad profesional, o por cumplir los requisitos exigidos en la modalidad no contributiva, así como a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo la protección adecuada en las contingencias y situaciones que la ley define.

---

<sup>1</sup> Adaptado al 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.

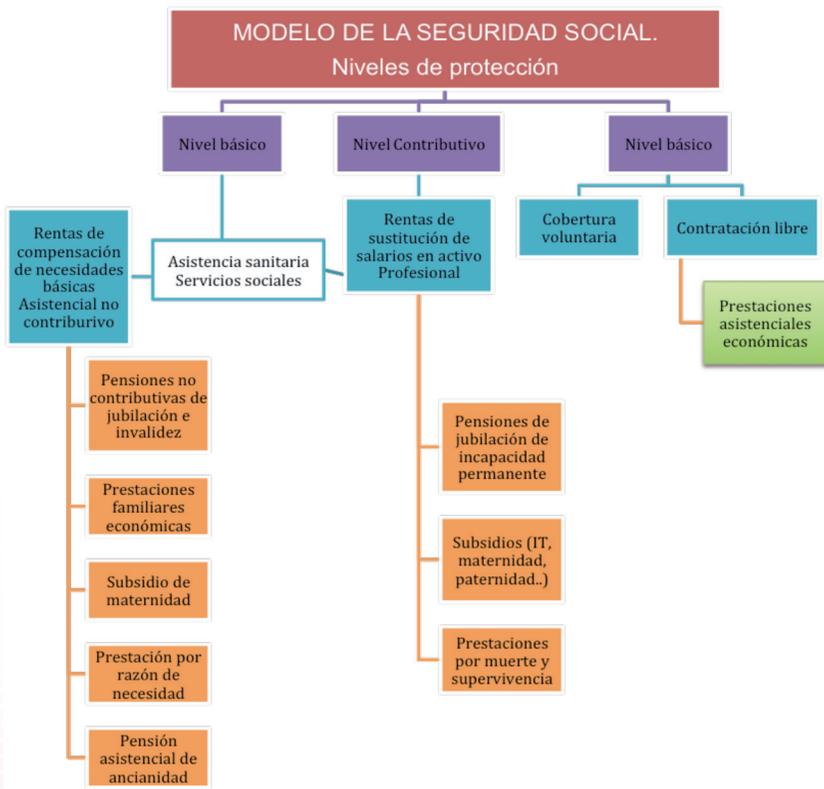
De este modo, en la actualidad, la acción protectora de la Seguridad Social española se articula partiendo de un módulo de protección pretendidamente universal, integrado por las prestaciones no contributivas, que otorgan prestaciones para todos los sujetos en situación de necesidad por carencia de rentas (en los casos de jubilación, invalidez, protección familiar y otras situaciones legalmente previstas), independientemente de que desarrollen actividad o no en algún sector productivo y de que hayan contribuido o no al sistema. “A efectos de las prestaciones de modalidad no contributiva, están incluidos en el campo de aplicación del Sistema de la Seguridad Social todos los españoles residentes en territorio nacional y los extranjeros que residan legalmente en territorio español”.

Otro nivel sería la protección de carácter privado, al que cualquiera puede acudir, de manera voluntaria y como complemento a la protección de la Seguridad Social. Recogido en el artículo 41 de la Constitución, junto a la obligación de los poderes públicos de mantener un régimen público de Seguridad Social, reconoce que «la asistencia y prestaciones complementarias serán libres».

El tercer nivel de protección es el de las prestaciones contributivas de la Seguridad Social, que protege a los sujetos en función de su adscripción a aquellos colectivos que realizan una concreta actividad de trabajo. La protección en este nivel vendría determinada en función de la contribución que cada trabajador haya realizado al Sistema de Seguridad Social (carácter contributivo), y siempre que supere determinados requisitos para acceder a la prestación (estar afiliado a la Seguridad Social y en alta, haber cotizado durante un determinado período de tiempo).

A efectos de estas prestaciones de modalidad contributiva, “están incluidos dentro del campo de aplicación del Sistema de la Seguridad Social, y cualquiera que sea su sexo, estado civil o profesión, todos los españoles que residan en España, y los extranjeros que residan o se encuentren legalmente en España, siempre que, en ambos supuestos, ejerzan su actividad en territorio nacional, y que estén incluidos en alguno de los siguientes apartados:

- Trabajadores por cuenta ajena.
- Trabajadores por cuenta propia o autónomos.
- Socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado.
- Estudiantes.
- Funcionarios públicos, civiles o militares.



El sistema de la Seguridad Social viene integrado por el Régimen General y los especiales (cuenta propia, funcionarios públicos, estudiantes, etc.). La diferencia entre ellos se encuentra en la acción gestora: cómo se afilia,

cómo se solicitan las prestaciones, la cotización, la forma de recaudar de la misma; así como en la acción protectora: las prestaciones, la cuantía, la duración, etc.

La gestión y administración se realizará por:

## 1. Entidades Gestoras

- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, con excepción de aquellas cuya gestión esté atribuida al Instituto de Servicios Sociales o servicios competentes de las Comunidades Autónomas.
- Instituto Social de la Marina (ISM): 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.
- INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA: es la entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. En Madrid y por el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, ha supuesto el traspaso de estas funciones al **Servicio Público de Salud**.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES: cuya función es la gestión de las pensiones no contributivas de invalidez y de jubilación, así como de los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

## 2. Servicios Comunes

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

### 3. Entidades colaboradoras

- **MUTUAS: Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social**, se las define como “asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada”.

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

1. **Colaboración en la gestión de las contingencias derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional.**
2. **Control de la prestación económica por incapacidad temporal derivadas de contingencias comunes.**
3. **Cobertura de la incapacidad temporal del régimen especial de los trabajadores por cuenta propia y autónoma. Cese de actividad.**
4. **Cobertura de prestaciones durante el riesgo por embarazo y lactancia natural.**
5. **Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave.**

#### 6. **BONUS.**

- Colaboración de las empresas: podrán colaborar en la gestión de la Seguridad Social exclusivamente en alguna o algunas de las formas siguientes:
  - a) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, 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) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral.
- c) Pagando a sus trabajadores, a cargo de la entidad gestora o mutua obligada, las prestaciones económicas por incapacidad temporal, así como las demás que puedan determinarse reglamentariamente.

# 1. Incapacidad Temporal (IT)

Es la situación de una trabajadora o un trabajador en activo (con afiliación y alta en la Seguridad Social) cuando una enfermedad (común o profesional) o un accidente (no laboral o de trabajo) le impide 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.

	<b>Contingencias comunes: accidentes y enfermedades no provocadas por la exposición laboral</b>	<b>Contingencias profesionales: accidentes de trabajo y enferme- dades profesionales</b>
<b>Cadencia</b>	<b>Quién cobra</b> Personas afiliadas y en alta o situación asimilada al alta (percepción de la prestación por paro y traslado de la empresa fuera territorio nacional) <sup>2</sup> a SS.	
	Enfermedad común: 180 días cotizados en los 5 años anteriores. Accidente no laboral: NO se exige período previo de cotización.	NO se exige período previo de cotización. Si la parte empresarial ha incumplido la obligación de cotizar, se consideran en pleno derecho de afiliados/as y en alta, si la incapacidad deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
<b>Quién paga</b>	Seguridad Social. Si la empresa tiene contratada gestión: MUTUAS. Empresa colaboradora <sup>3</sup> .	MUTUAS. Seguridad Social. Empresa colaboradora.

<sup>2</sup> El derecho al subsidio no nace durante las situaciones de huelga o cierre patronal, salvo en accidentes de trabajo cuando la huelga es legal.

<sup>3</sup> Asociaciones, fundaciones y entidades públicas o privadas que colaboran con la Seguridad Social previa inscripción en un registro público.

<b>Quién da alta y baja médica</b>	<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 del personal 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>
	<p><b>ATENCIÓN:</b> tanto para contingencias comunes como profesionales la cuantía de estas prestaciones puede verse mejorada mediante la negociación colectiva.</p>	

## Base reguladora

En función de la base reguladora se determina la prestación que se va a recibir y se calcula de diferentes maneras:

**Incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral:** es el resultado de dividir el importe de la base de cotización de la trabajadora o del trabajador en el mes anterior de la fecha de iniciación de la incapacidad por el número de días a que dicha cotización se refiere. El divisor es 30, si tiene salario mensual; y 30, 31, 28 ó 29 si tiene salario diario.

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

**Incapacidad temporal derivada 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 cotiza-

ción, y b) la cotización por horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días.

Otros casos:

**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.

**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.

## Formas de pago

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

**Pago directo:** la prestación se gestiona de forma directa por parte del INSS o la mutua colaboradora son situaciones del pago directo, entre otras, las siguientes:

- El empresario o la empresaria que incumple el pago delegado.
- En las empresas que tengan menos de diez personas trabajadoras y más de seis meses consecutivos de abono del subsidio, que lo soliciten reglamentariamente.
- Se termina el contrato y se sigue en situación de IT.
- 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 perceptores de la prestación por 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 Incapacidad Permanente (IP).
- Por pasar a la prórroga de IT después de 12 meses, tras la resolución de la Entidad gestora, salvo que el trabajador al iniciar la IT estuviera percibiendo prestación contributiva por desempleo, en cuyo caso, la prestación la abona el Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE) en régimen de pago delegado hasta el agotamiento del desempleo.
- Por iniciar expediente de incapacidad permanente, tras la resolución de la Entidad gestora.

## 1.1. 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 período máximo de duración y de su posible prórroga, se computarán los de recaída y de observación.

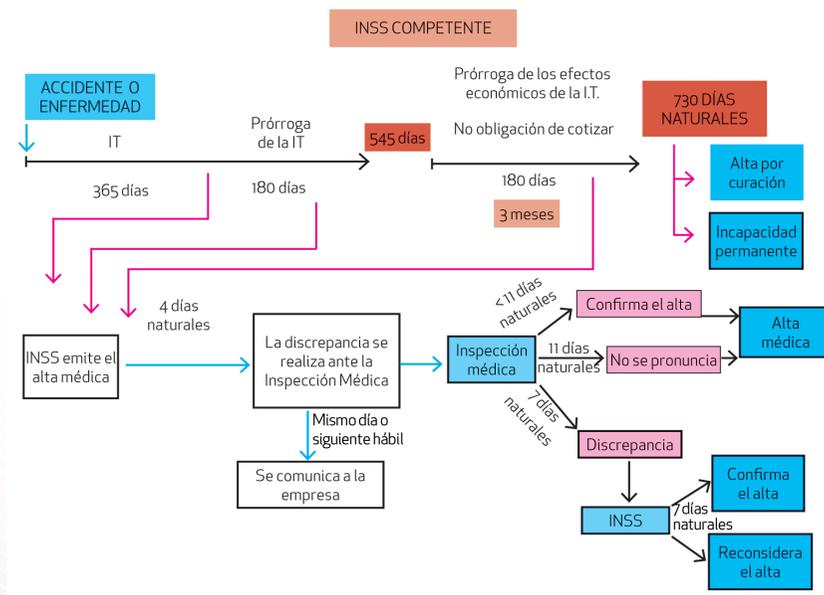
Se considerará que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior o de la resolución denegatoria de incapacidad permanente.

Agotado el plazo de duración de 365 días, el INSS será el único competente para determinar, tanto en contingencias comunes como profesionales:

- La prórroga expresa con un límite de 180 días más.

- La iniciación de un expediente de incapacidad permanente.
- La revisión de la incapacidad permanente.
- El alta médica por curación o por incomparecencia a los reconocimientos médicos que haya convocado.

Pero cuidado porque 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 (o bien de prórroga, o de iniciación de expediente de incapacidad permanente o bien de alta médica) al INSS, debiendo entenderse aceptada dicha propuesta si el INSS no se manifiesta en cinco días.



## I. Prórroga

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 un expediente de Incapacidad Permanente, aun cuando las secuelas invalidantes no sean definitivas.

Durante la prórroga, la persona en incapacidad es controlada 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 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 la extinción se produjera por alta médica con propuesta de incapacidad permanente, por acuerdo del INSS de iniciación de expediente de incapacidad permanente, o por el transcurso de los quinientos cuarenta y cinco días naturales, se estará en la situación de prolongación de efectos económicos de la incapacidad temporal hasta que se califique la incapacidad permanente.

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 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, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador. En estos casos se reanudará el proceso de IT hasta el cumplimiento de los 545 días.

## II. Demora de calificación

Cuando el derecho al subsidio se extinga por el transcurso del período de 545 días naturales fijado en el apartado anterior, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de 3 meses, el estado de la persona incapacitada 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 de la trabajadora o del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, o su situación clínica hiciera aconsejable demorar la citada calificación, ésta 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 en este apartado, de 3 meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.

En aquellos casos en que sea previsible la curación o mejoría profesional, si no se procede a efectuar la “demora de calificación”, procedería la declaración de incapacidad permanente -en el grado de corresponda, con revisión en un plazo breve- y expresa reserva del puesto de trabajo porque es previsible la revisión por mejoría que permita la reincorporación al puesto de trabajo.

Son de aplicación, al respecto, los siguientes artículos:

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.

Art.200. Toda resolución, inicial o de revisión, por la que se reconozca el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados, o se confirme el grado reconocido previamente, hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión por agravación o mejoría del estado incapacitante profesional, en tanto que el beneficiario no haya cumplido la edad mínima establecida, para acce-

der al derecho a la pensión de jubilación. Este plazo será vinculante para todos los sujetos que puedan promover la revisión.

Art. 48.2 E.T. Suspensión con reserva de puesto de trabajo. “En el supuesto de incapacidad temporal, producida la extinción de esta situación con declaración de invalidez permanente en los grados de incapacidad permanente total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo o gran invalidez, cuando, a juicio del órgano de calificación, la situación de incapacidad del trabajador vaya a ser previsiblemente objeto de revisión por mejoría que permita su reincorporación al puesto de trabajo, subsistirá la suspensión de la relación laboral, con reserva del puesto de trabajo, durante un período de dos años a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la invalidez permanente”.

### III. Alta médica

Si el INSS da el alta médica a una persona trabajadora en situación de IT y ésta considera que no se ha recuperado para llevar a cabo su trabajo puede presentar su **disconformidad con el alta médica emitida por el INSS** (art.170 del Real Decreto Legislativo (RDL) 8/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS)) 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, se debe comunicar 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 a la parte interesada, y también será comunicada a la inspección médica, en el sentido siguiente:

- Si en función de la propuesta reconsiderara el alta médica, se reconocerá 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 aquélla, sólo 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 sujeto en cuestión. 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 Servicio Público de Salud confirmara la decisión de alta de la entidad gestora o si no se pronuncia en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica, por lo que o la trabajadora o el trabajador debe reincorporarse a su trabajo. Durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha de alta y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal, es decir, mientras se resuelve la disconformidad no debe reincorporarse a su puesto de trabajo.

## IV. Extinción del derecho

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.

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, sólo podrá generarse derecho a la prestación económica de IT por la misma o similar patología, si media un período superior a 180 días naturales, a contar desde la resolución de la incapacidad permanente.

Este nuevo derecho se causará siempre que la persona solicitante reúna, en la fecha de la nueva baja médica, los requisitos exigidos para ser beneficiario del subsidio de IT derivado de enfermedad común o profesional, o de accidente, sea o no de trabajo. A estos efectos, para acreditar el período de cotización necesario para acceder al subsidio de IT derivada de enfermedad común, se computarán exclusivamente las cotizaciones efectuadas a partir de 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, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador, considere que dicha persona 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 extinción de la IT, anterior al agotamiento de los 545 días naturales de duración de la misma, 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.

## 1.2. Partes de baja y confirmación

El parte de baja es el documento que acredita y justifica que las lesiones que ha sufrido el trabajador o la trabajadora le impiden desempeñar su trabajo.

Según el art.2 del RD 625/2014 de 18 de julio, 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 alguna mutua.

Se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador/a, por el facultativo que lo realice, extendiéndose por cuádruplicado:

1. El INSS lo recibirá por vía telemática, de forma inmediata y máximo el primer día siguiente a la expedición.
2. La trabajadora o el trabajador recibirá 2 copias, una de ellas con destino a la empresa. Si finalizase el contrato de trabajo en este período, debe llevar los partes de confirmación a la entidad gestora o la mutua.
3. La empresa deberá cumplimentar la copia entregada por el trabajador/a en los apartados que la conciernen, y la remitirá, debidamente sellada y firmada, dentro del plazo de 5 días a partir de su recepción, a la entidad gestora o mutua, según corresponda.
4. La entidad gestora o mutua, según corresponda, aparte de recibir la copia de la empresa (mencionada en el punto anterior), recibirá otra copia del INSS, dentro del plazo de 5 días, a partir de la fecha de expedición del parte.

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:		
• Menos de 5 días	Emitir el parte de baja y el de alta en el acto	
• entre 5 y 30 días	El primero a los 7 días. El resto cada 14 días máximo.	
• entre 31 y 60 días	El primero a los 7 días. Los demás cada 28 días máximo.	
• más de 60 días	El primero a los 14 días. El resto cada 35 días máximo.	
Fin partes confirmación	<p>Cuando el proceso llega a los 365 días.</p> <p>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).</p>	
INFORMES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS		
<p>Lo expide el médico de familia.</p> <p>Son de aplicación en los procesos con duración de 30 días o más.</p> <p>Han de acompañar al segundo parte de baja.</p>		
INFORMES DE CONTROL		
<p>Los expide la Inspección Médica del Servicio de Salud o el médico de atención primaria, bajo supervisión del anterior.</p> <p>Se realiza con carácter trimestral.</p>		

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

Si se trata del parte de baja tienes tres días como máximo para llevarlo 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. No es necesario que te presentes físicamente en la empresa, es válida la entrega por un familiar, representante legal o el envío por fax, correo certificado, burofax, etc.

### 1.3. 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 ser con una antelación mínima de cuatro días hábiles (por lo que en procesos de cinco días o menos, no se debe acudir). 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 (art.9 del RD 625/2014).

#### ...¿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 no se justifica suficientemente la falta de asistencia, se extinguirá la prestación<sup>4</sup>.

Se entenderá que la incomparecencia fue justificada:

- Cuando se aporte un 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 la persona beneficiaria acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

## 1.4. 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 la contingencia la responsable directa del pago del subsidio (INSS o Mutua) a partir de producida dicha extinción.

- a) Un trabajador o una trabajadora en baja por IT **Contingencia Común** si se le extingue 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

---

<sup>4</sup> En caso de ausencia a reconocimiento del INSS, el inspector médico de este organismo podrá expedir el alta médica por incomparecencia.

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 período que se descuenta como consumido, incluso cuando no se haya solicitado la prestación por desempleo.

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.

b) Si, en cambio, es 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 por la 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 las cotizaciones a la Seguridad Social. Pero si se continúa de baja y se finaliza el periodo de prestación, entonces 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).



## 2. Incapacidad Permanente

Cuando las lesiones de la persona incapacitada son permanentes y no existe, en principio, posibilidad de recuperación, se genera una situación 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 impedirle 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, correspondiente a 24 mensualidades de la base reguladora.
Incapacidad Permanente Total	Compatible con cualquier trabajo siempre y cuando las funciones no coincidan con aquellas que dieron lugar a la incapacidad permanente total. No compatible con la jubilación.	Pensión vitalicia del 55 por ciento <sup>5</sup> de la base reguladora anual, que se puede incrementar en un 20 por ciento si la persona afectada es mayor de 55 años y no realiza ningún trabajo.
Incapacidad Permanente Absoluta	Compatibles con el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con su estado y que no representan un cambio en su capacidad de trabajo. El disfrute de la pensión de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez a partir de la edad de acceso a la pensión de jubilación será incompatible con el desempeño por el pensionista de un trabajo, por cuenta propia o por cuenta ajena, que determine su inclusión en alguno de los regímenes del Sistema de la Seguridad Social.	Pensión vitalicia del 100% de la base reguladora anual.
Gran Invalidez		Pensión vitalicia del 100% de la base reguladora, más un complemento no inferior al 45% de la pensión, destinado a la persona que atiende al inválido o inválida.

<sup>5</sup> Algunos Convenios colectivos aplicables según el sector de actividad, o el contrato individual de trabajo, pueden contemplar algún tipo de complemento o mejora de la prestación en caso de verificarse una situación de Incapacidad Permanente. Algún ejemplo de estos casos serían los seguros que nos hacen para caso de fallecimiento o incapacidad permanente absoluta o gran invalidez.

## ¿Qué se entiende por profesión habitual?

En caso de accidente, es la desempeñada normalmente por la persona trabajadora al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, es aquella a la que la persona trabajadora dedicaba su actividad fundamental en los 12 meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad temporal.

## ¿Se necesita un período mínimo de cotización para acceder a estas prestaciones económicas?

Para todas las situaciones de incapacidad permanente se exigen unos períodos mínimos de cotización según su grado, salvo que aquella derive de accidente de trabajo, sea o no laboral, o a 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.

## ¿Cuál es el procedimiento de calificación de la incapacidad permanente?

**1. Inicio de la solicitud.** La solicitud de incapacidad permanente puede iniciarse: A) de oficio: a iniciativa de la entidad gestora cuando se proceda de 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 del trabajador/a, o C) a instancia de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social (mutuas o empresas colaboradoras).

El procedimiento se inicia rellenando un modelo de solicitud que facilita la web de la Seguridad Social, y donde deben consignarse en las corres-

pondientes casillas, una serie de datos personales, familiares, económicos y médicos de la persona afectada.

Una vez presentada la solicitud, el trabajador o trabajadora deberá someterse, 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 quedarán recogidos 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.

Las Direcciones provinciales del INSS/ISM deben dictar **resolución expresa en 135 días**, que 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). Igualmente si no se dicta en dicho plazo se entenderá denegada (**silencio administrativo**).

**2. Reclamación previa.** En caso de desestimación de su solicitud, la trabajadora o el trabajador puede presentar el correspondiente recurso en el plazo de 30 días ante la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) manifestando su oposición a la resolución denegatoria de la Incapacidad Permanente. El INSS debe contestar en el plazo de 45 días, y en caso de silencio, se entiende denegada, contra lo cual hay que presentar una demanda judicial. Este es un paso previo y obligatorio que se debe seguir antes de acudir a instancias judiciales.

**3. Demanda judicial.** Si como es habitual, la solicitud no prospera en el INSS, el trabajador/a puede acudir a instancias judiciales, presentando la

correspondiente demanda judicial, y preferiblemente acompañado de un dictamen pericial médico para reafirmar profesionalmente su posición.

### **¿Es revisable la situación de incapacidad permanente?**

Sí, en caso de agravación, mejoría o error diagnóstico. Puede realizarse en tanto que no se haya cumplido la edad mínima de jubilación. 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.

## 3. Lesión Permanente No Invalidante

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.

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.

Es incompatible con la incapacidad permanente y es compatible con el trabajo, incluso en la misma empresa.

Como en cualquier otra incapacidad permanente, corresponde a las **Direcciones Provinciales del INSS**, a través de los **Equipos de Valoración de Incapacidades (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.

Cuando exista **responsabilidad empresarial**, por falta de medidas preventivas, la indemnización tendrá un recargo de esas prestaciones, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50 por 100.



## 4. Incapacidad Temporal por 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.

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

### 4.1. Seguimiento y control por parte de las Mutuas<sup>6</sup>

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.

<sup>6</sup> Art. 8 del RD 625/2015 de 18 de julio.

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..., ¿como trabajadores o trabajadoras qué tenemos que llevar a una mutua?**

La respuesta es NADA. Es el INSS quién 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 sólo podrá usar los datos si damos el 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.

## **4.2. Propuesta de alta médica realizada por la Mutua<sup>7</sup>**

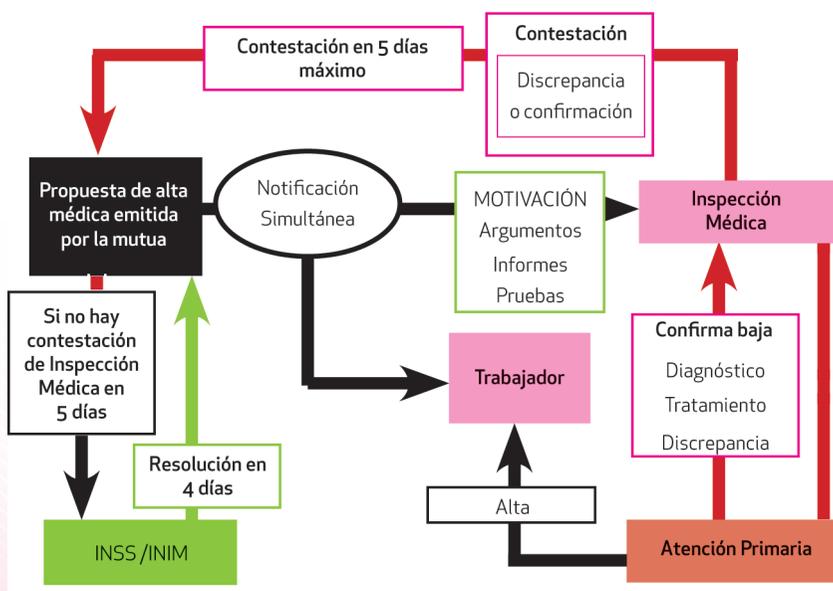
- La mutua puede realizar una propuesta de alta médica dirigida a la inspección del servicio público de salud, quien dispone de un plazo máximo de 5 días para responder.
- **Simultáneamente debe comunicar a la persona afectada el inicio de este procedimiento.**

---

<sup>7</sup> Art 6 del RD 625/2014.

- 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 de 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<sup>8</sup>.

### Propuestas motivadas de alta emitidas por la MATEPSS en IT cc



<sup>8</sup> Se establece un régimen transitorio para los plazos de contestación hasta febrero de 2016, en el caso del servicio público de salud será de 11 días, y en el del INSS serán 8.



# 5. Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales

## 5.1. Accidente de Trabajo

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 y autónomos”. Los supuestos considerados como accidentes de trabajo son:

- 1)** Lesión o daño corporal: se entiende por lesión el daño o perjuicio, no sólo físico, sino también psíquico. El concepto de lesión no se restringe al traumatismo, sino que se amplía a todo daño corporal, a cualquier menoscabo físico o fisiológico que incida en el desarrollo funcional.
- 2)** Relación de causalidad entre lesión corporal y trabajo. El accidente de trabajo precisa una conexión entre la lesión sufrida y el trabajo que se ejecuta. Esta relación de causalidad puede ser:
  - Por consecuencia del trabajo, cuando la lesión tiene como causa directa o inmediata el trabajo.
  - Con ocasión del trabajo, como causa indirecta o mediata, cuando sin el concurso del trabajo la lesión no se hubiera producido o no hubiera tenido la gravedad que presenta.

Por tanto, es accidente de trabajo una fractura producida durante la prestación de servicios, pero también pueden tener ese carácter el estrés laboral y el “mobbing” cuando se presentan como consecuencia de la actividad laboral. También se ha calificado accidente de trabajo el acoso sexual en el trabajo que provocó un síndrome depresivo reactivo a problemas laborales. Y es que en ocasiones el daño surge inmediatamente, y en otras ocasiones el daño es diferido en el tiempo.

## I. Supuestos asimilados al accidente de trabajo

El art. 156.2 LGSS otorga la consideración de accidentes de trabajo:

**a)** Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo (“*in itinere*”). La jurisprudencia exige que tengan lugar las siguientes circunstancias:

- que la finalidad principal y directa del viaje esté determinada por el trabajo (elemento teleológico).

Se ha venido rechazando la existencia del elemento teleológico cuando el trabajador “*motu proprio*” decide interrumpir el nexo causal, realizando gestiones privadas (declaración de la renta).

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

Respecto del domicilio, la jurisprudencia ha venido perfilando dicho concepto, pudiendo ser éste el habitual, legal, real, de hecho, o incluso el de vacaciones, siempre que exista una conexión normal entre el desplazamiento y trabajo. Se considera que el accidente *in itinere* sólo puede producirse una vez que se ha comenzado el desplazamiento. Así, se considera accidente *in itinere* la caída al bajar las escaleras del edificio donde se habita, una vez traspasados los límites del domicilio, entendiendo por tal el lugar de residencia y no el edificio donde se ubica, puesto que el trayecto no comienza en el portal del inmueble, sino en la puerta de la vivienda.

Las desviaciones o paradas no rompen el nexo causal si son breves, siempre y cuando no incrementen innecesariamente el riesgo y obedecen a motivos relacionados con el trabajo, con la convivencia normal o racionalmente 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 que rompan el nexo causal con la ida o vuelta del trabajo.

Entre el domicilio del trabajador y el centro de trabajo donde presta servicios existe una distancia determinada que se ha de recorrer en un tiempo adecuado, si bien existe bastante tolerancia entre nuestros tribunales en este aspecto, siempre que no supere los umbrales de la normalidad. Este tiempo habitual de trayecto es fundamental a efectos de poder comprobar si ha existido o no este elemento o factor en el eventual accidente. 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 al colegio, ya que desvía el trayecto lógico y normal entre su domicilio y el centro de trabajo por motivos personales.

- 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 utilice el trabajador siempre y cuando el trabajador no 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 de hecho que concurren en el supuesto litigioso en relación con las particularidades que rodean la conducta del trabajador que ha de valorarse a los efectos de encuadrarla como temeraria o no.

Lo que sí acepta la jurisprudencia es que no plantea problemas si el accidente se produce viajando en un transporte público o en el que la empresa haya puesto a disposición de los trabajadores.

**b)** Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electos de carácter sindical, así como los ocurri-

dos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

**c)** Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario 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 del 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, no incluidas en el artículo 157 LGSS, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

Este supuesto exige que se pruebe que la enfermedad tuvo como causa la ejecución del mismo. Dentro de este supuesto se comprenden todas aquellas enfermedades, no profesionales, que se produzcan como consecuencia de la realización del trabajo. Sólo existirá accidente de trabajo cuando la enfermedad tenga relación directa con el trabajo, por lo que el nexo de causalidad debe ser directo. Algunos ejemplos son enfermedades de la columna vertebral o de la espalda en trabajadores cuya actividad implique trabajo manual pesado, posturas forzadas, inclinaciones o torsiones frecuentes o trastornos mentales como el *mobbing* o el *burn-out* ligados a la exposición a factores de riesgo psicosociales.

**f)** Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. Son dos los requisitos que deben concurrir:

- La preexistencia de una enfermedad (enfermedad latente), así como la producción de un accidente de trabajo que precipita la misma,
- la existencia de causalidad entre el accidente y las lesiones preexistentes o sobrevenidas, actuando aquél como elemento desencadenante.

nante de unas previas condiciones patológicas que originan la lesión calificada como accidente de trabajo.

No es inusual que las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social consideren que solo las enfermedades que tienen causa exclusiva en el accidente han de tener esa consideración, obviando que las enfermedades preexistentes que se agravan como consecuencia de dicho accidente también han de ser consideradas como contingencia profesional en su calificación.

**g)** Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

En estos supuestos se debe producir un accidente laboral que en su desarrollo se va a encontrar afectado por enfermedades que alteren, también, los efectos del propio accidente. Estas alteraciones se pueden producir con el propio accidente o dentro del proceso de curación del trabajador. Estas afecciones o enfermedades se producen, por tanto, como consecuencia o con posterioridad al accidente.

Si se sufre un accidente de trabajo que obliga a que se intervenga quirúrgicamente a un trabajador, y como consecuencia de dicha operación se presenta una infección por un virus de quirófano, las lesiones derivadas de esa situación también son consideradas accidente de trabajo.

## **II. Presunción de accidente de trabajo**

Establece el art 156.3 de la LGSS 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 produci-

das 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 por eso en la actualidad 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. Cuidado, no tienen esa consideración si aparecen durante el traslado al centro de trabajo o al domicilio.

### **III. Exclusión como accidente de trabajo. Ruptura del nexo causal**

Finalmente, el art 156.4 de la LGSS señala que no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

- 1.** Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.
- 2.** Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

Tras señalar la norma que la imprudencia temeraria excluye la calificación del siniestro como accidente de trabajo, el art 156.5 de la LGSS precisa que no impedirá la calificación de un accidente como de trabajo:

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

Se considera imprudencia temeraria cuando la persona accidentada ha actuado de manera contraria a 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.

**b)** La concurrencia de 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.

## **IV. Actuación para el reconocimiento del accidente de trabajo**

Siempre que se produzca un accidente que entendemos relacionado con el trabajo debemos observar los siguientes pasos:

- 1. Asistencia de la mutua colaboradora -o del 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 de ocurrencia del accidente.
- 2. 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 el ámbito laboral.
- 3. 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.

### **¿Qué es el parte de accidente de trabajo?**

Es el documento oficial que debe cumplimentar de manera telemática la empresa cuando se produzca un accidente de trabajo o recaída que comporte la ausencia del trabajador/a del puesto de trabajo de, como mínimo, un día, sin contar el día en que se accidentó, previa baja médica.

En el caso de que se produzca un accidente de trabajo (con lesión o daño físico, según la legislación), pero éste no ocasione la ausencia del trabajador/a superior a un día ni la prescripción de baja médica al trabajador/a, la empresa deberá cumplimentar de manera telemática la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica. No hay que confundir con un accidente blanco (no hay daños físicos ni materiales) o con un incidente (no hay daños físicos, pero sí hay daños materiales), que son diferentes al accidente de trabajo sin baja médica.

### **¿A quién tiene que comunicárselo la empresa?**

Mediante la comunicación electrónica obtienen comunicación de dicha notificación de manera electrónica:

- 1.** Entidad gestora o colaboradora.
- 2.** Subdirección General de Estadísticas sociales y Laborales del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
- 3.** Autoridad Laboral.

En el momento de hacer la comunicación electrónica, el empresario debe sacar una copia impresa de lo que ha comunicado y de este documento en soporte papel debe hacer fotocopia para: empresario, persona accidentada, y la representación de las trabajadoras y los trabajadores en materia de prevención.

### **¿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 que provoquen el fallecimiento del trabajador/a, que sean considerados como graves o muy graves o que el accidente ocurrido afecte a más de cuatro trabajadores/as, pertenezcan o no en su totalidad a la plantilla de la empresa, ésta además de cumplimentar el correspondiente modelo, comunicará en el plazo máximo de 24 horas, este hecho, por vía telemática, telegrama, fax u otro medio de comunica-

ción análogo, a la autoridad laboral de la provincia donde haya ocurrido el accidente. En la comunicación deberá constar: razón social, domicilio y teléfono de la empresa, nombre de la persona accidentada, dirección completa del lugar donde ocurrió el accidente y una breve descripción del mismo.

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.

## 5.2. Enfermedad profesional

Según el art. 157 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), una enfermedad profesional es “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena<sup>9</sup> 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”.

Por tanto, no todas las enfermedades provocadas por el trabajo tienen la consideración legal de enfermedad profesional. Para que una enfermedad pueda ser considerada y declarada 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.

---

<sup>9</sup> Además de los trabajadores por cuenta ajena, actualmente se incluyen también en la protección por enfermedad profesional a los trabajadores por cuenta propia del régimen especial agrario, del régimen especial de los trabajadores del mar, régimen especial de los empleados del hogar, trabajadores autónomos dependientes y trabajadores autónomos que hayan optado voluntariamente por la protección ante contingencias profesionales.

- Que la misma persona desempeñe o haya desempeñado su actividad en una de las ocupaciones que recoge el cuadro.

## I. El cuadro de enfermedades profesionales

La norma que regula las enfermedades profesionales es el Real Decreto 1299/2006, modificado por el RD 1150/2015, que contempla un primer anexo (Anexo I) en el que lista las enfermedades de origen profesional legalmente establecidas, 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:

1. Enfermedades causadas por agentes químicos (como el arsénico, el fósforo, mercurio, cloro, ácidos, amoníacos, éteres, etc.)
2. Enfermedades causadas por agentes físicos (ruido, vibraciones, posturas forzadas y movimientos repetitivos, etc.)
3. Enfermedades provocadas por agentes biológicos (infecciones y enfermedades contraídas directamente a causa de la actividad)
4. Enfermedades causadas por inhalaciones y sustancias no comprendidas en otros apartados (polvo de sílice, amianto, carburos, caolina, aluminio, etc.)
5. Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados (sustancias de alto o bajo peso molecular, agentes infecciosos, etc.)
6. 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 dedicar un rato a estudiarlo y buscar apoyo en el sindicato.

## II. Actuación para el reconocimiento de la enfermedad profesional

La **obligación de declarar las enfermedades profesionales corresponde a la entidad gestora (INSS) o colaboradora (Mutuas)** que asuma la protección de las contingencias profesionales. El empresario debe facilitar a la entidad correspondiente toda la información que obre en su poder para la elaboración del parte.

### **Si es con la Mutua....**

#### **1. Solicitar estudio de enfermedad profesional a la Mutua.**

**a.** Si los médicos de la mutua reconocen el origen laboral de la enfermedad deben proceder a su declaración (por vía electrónica: CEPROSS). Si además la persona afectada no puede trabajar, los médicos de la mutua deben tramitar la baja laboral por enfermedad profesional.

**b.** Si los médicos de la mutua consideran que la patología sufrida no es una enfermedad profesional, deberá motivarlo por escrito y aportar informes y pruebas que fundamenten la consideración de contingencia común. Si no se está de acuerdo con esta catalogación 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.

**2.** Ponerse en contacto con los asesores del equipo de Salud Laboral de CCOO de Madrid o de las Federaciones regionales o Uniones Comarcales.

**3.** Acudir al médico de familia<sup>10</sup>. Si tienen conocimiento, bien porque después de la negativa de la mutua acudamos a solicitarlo o bien por el ejercicio de su profesión, de una enfermedad que podría ser calificada como enfermedad profesional deben comunicarlo a través de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad (órgano competente en la Comunidad de Madrid) a la entidad gestora o colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales. Si fuese necesario, debería tramitar la baja laboral.

**4.** Obtén copia de dicha "Comunicación de sospecha de enfermedad profesional". Una vez rellenado a través de la aplicación informática el documento, el facultativo le debe entregar copia al trabajador o trabajadora, que deber acudir a la mutua para su estudio, diagnóstico y tratamiento; al mismo tiempo que envía el documento a la Inspección Médica de área, que dará traslado a la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

**a.** 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.

**b.** Por el contrario, si la Mutua considera que la patología en cuestión no es profesional, enviará de nuevo a la persona solicitante a su médico de familia y éste deberá comunicarlo a su Inspección Médica, remitiendo una copia del documento que habrá cumplimentado la Mutua descartando el origen profesional, con el objetivo de que si la Inspección Médica lo considera necesario pueda iniciar la investigación correspondiente y solicitar al INSS la determinación de contingencia.

---

<sup>10</sup> Los facultativos del Servicio de Prevención también tienen esta misma obligación que el médico de familia.

**5. En cualquier caso,** la persona afectada puede presentar reclamación previa ante el INSS, para la determinación de contingencia, cuando considere que ese problema de salud deba ser considerado como accidente de trabajo o enfermedad profesional.

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, pese a contar con indicios que pudieran hacer presumir su existencia.

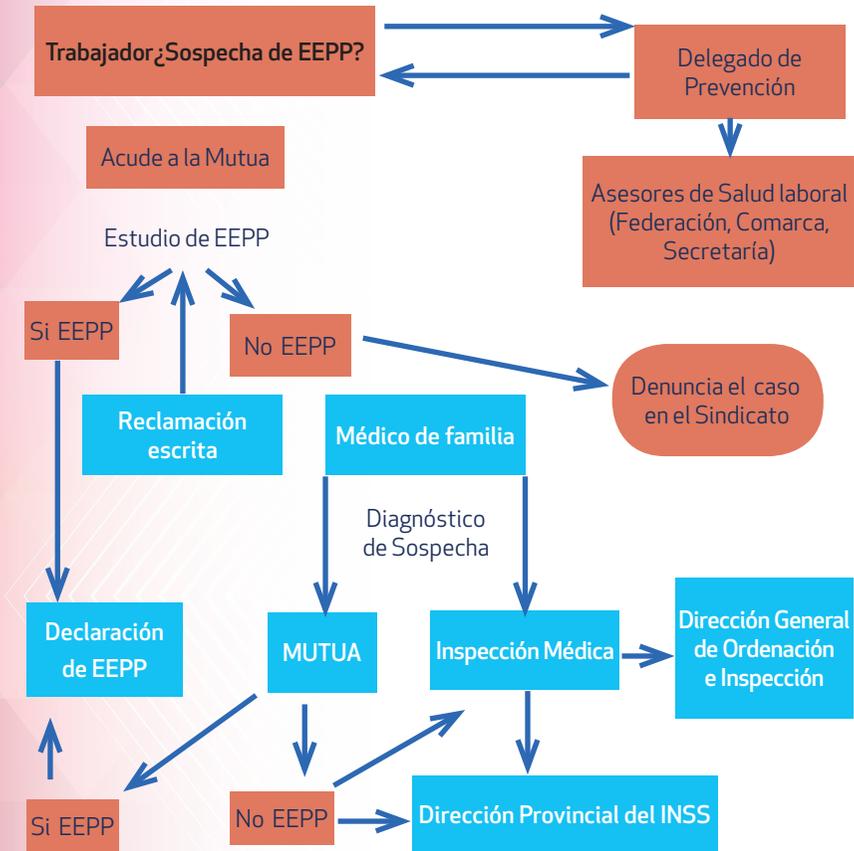
### **Si es con el INSS....**

Si la empresa tiene concertada la cobertura de Contingencias Profesionales directamente con el INSS, el estudio, diagnóstico y tratamiento corresponde al médico de familia, quien puede emitir directamente la baja por enfermedad profesional, si así lo considera, debiendo remitir el parte de IT y el documento de sospecha de enfermedad profesional a la Inspección Médica de área.

Si el médico de atención primaria tiene dudas sobre el origen laboral de una determinada patología puede consultar con la Inspección Médica o con el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

**Ponerse en contacto con los asesores del equipo de salud laboral de CCOO Madrid o de las Federaciones regionales o Uniones Comarcales.**

## En resumen...



## 5.3. Denuncia las contingencias profesionales

Ni los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales son causados por la mala suerte, sino por falta de medidas de seguridad. El contrato de trabajo no incluye la cesión de la salud y, por tanto, no se debe admitir.

En el caso de accidentes de trabajo muy graves o mortales, en el sindicato se cuenta con un protocolo de actuación para estas situaciones.

Es probable que se puedan obtener ciertas mejoras respecto a las prestaciones de Seguridad Social si se considera responsable al empresario del accidente. Los incrementos que podrías obtener son:

- 1.** Mejoras voluntarias de Seguridad Social. Así, ocurre cuando el convenio colectivo o de empresa establece, por ejemplo, el derecho a percibir el 100% de la base reguladora en caso de hospitalización o una indemnización a tanto alzado en caso de declaración de incapacidad permanente.
- 2.** Recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad. Si la Inspección de Trabajo considera que el accidente o la enfermedad profesional tuvo lugar como consecuencia de la falta de medidas de prevención por parte de la empresa, se pueden incrementar las prestaciones de Seguridad Social -tanto la baja médica, como la pensión por incapacidad permanente, como las prestaciones de viudedad- entre un 30 y un 50%. Exige denunciar a la empresa ante Inspección de Trabajo y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, solicitando expresamente la imposición del recargo de prestaciones.

Según el art. 164.2 de la LGSS, la responsabilidad del pago recae directamente sobre el empresario infractor y no puede ser objeto de seguro alguno, siendo nulo de pleno derecho cualquier pacto o contrato que se realice para cubrirla, compensarlo o transmitirla. Es compatible con cualquier otra responsabilidad, incluso penal, que se derive de la infracción.

- 3.** Responsabilidad civil (indemnización por los daños causados). Es obvio que las prestaciones de Seguridad Social sustituyen la pérdida de salario de la trabajadora o del trabajador accidentado, pero el daño causado puede ir mucho más allá, e influir en sus relaciones familiares y sociales. ¿Cómo se indemniza el “dolor” causado?, ¿cómo se “repara” el daño moral causado por el fallecimiento de un familiar?

## 5.4. 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 de la trabajadora o del trabajador, o de la mutua.

En el caso de que una persona trabajadora 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 que presenta dicha persona 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 el que describa la patología y en el que se señale el diagnóstico, el tratamiento y los motivos que justifican que la contingencia sea común, así como los informes de las pruebas que 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.

## 5.5. 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 lo 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/a 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/a 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.

## ¿Ante quién se presenta?: a la dirección provincial del INSS

### 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 apoya la consideración como profesional: identificación de riesgos, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, información/formación preventiva recibida,...

Además de los informes y pruebas médicas realizadas.

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.

## 5.6. Revisión de alta médica realizada por la mutua

El RD 625/2014 ha modificado 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 de la persona interesada, 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](http://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.

La persona que inicie el procedimiento de revisión lo 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](http://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.

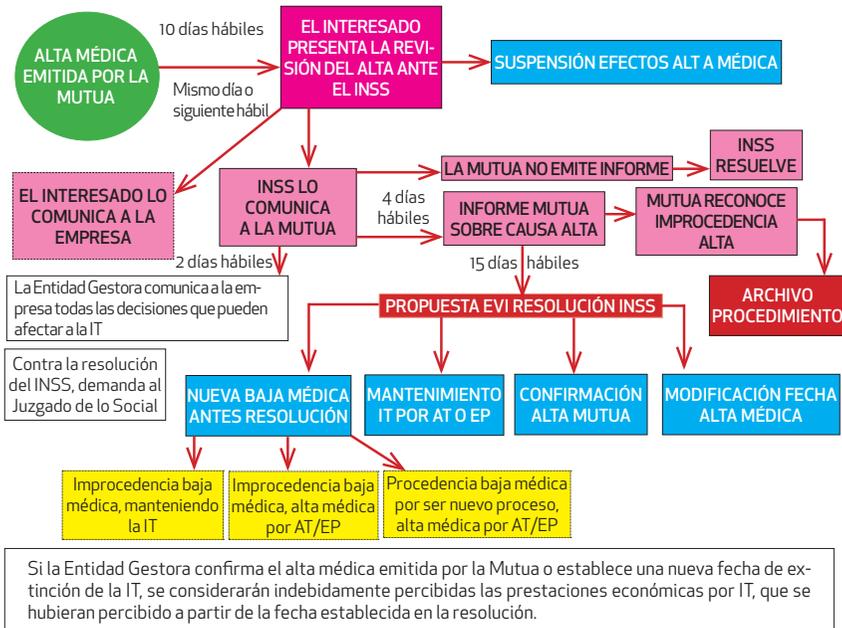
La mutua colaboradora correspondiente podrá pronunciarse reconociendo la improcedencia del alta emitida, lo que motivará, sin más trámite, el archivo inmediato del procedimiento.

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.

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.

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 diez días hábiles siguientes al de notificación de 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.



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

Porque implica una serie de ventajas:

### Económicas:

- El tratamiento médico-farmacéutico es gratuito en el caso de contingencias profesionales, mientras que en la común el enfermo tiene que pagar el 40 por ciento de los medicamentos.
- Durante el periodo de baja los porcentajes de la base reguladora son más altos en contingencia profesional que en común, así como posibles incapacidades posteriores.

- Para poder tener derecho a la prestación económica derivada de Incapacidad Temporal por accidente de trabajo o enfermedad profesional no es necesario acreditar ningún periodo de carencia, mientras que para contingencias comunes es necesario haber cotizado durante un período mínimo de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores.
- La forma de calcular la Incapacidad Temporal, así como las demás prestaciones, suele ser más beneficiosa en las contingencias profesionales que en las comunes.

Si la contingencia es profesional proporciona una buena base para solicitar indemnizaciones por posibles incumplimientos empresariales de la normativa de prevención de riesgos laborales (el recargo de prestaciones que ya hemos visto).

**Prestaciones de asistencia social:** 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. Se puede llevar a la inclusión de gastos de adaptación de puestos de trabajo a las minusvalías generadas por el accidente de trabajo sufrido o por patologías profesionales, con cargo a la Comisión de Prestaciones Especiales.

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 y que suele estar en su página web). Puede solicitar esta prestación la propia persona que ha sufrido el accidente o enfermedad o sus familiares (derechohabientes), representantes de los trabajadores de ese trabajador e incluso la propia empresa.

**Pago de los gastos de transporte** del accidentado. La compensación del coste de los traslados necesarios para recibir atención sanitaria en medios ordinarios de transporte se aplicará a los beneficiarios de la asistencia sanitaria derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

**Preventivas:**

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



## 6. Régimen especial de los trabajadores por cuenta propia y autónomos

Cuando una persona que trabaja lo hace en el régimen de 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), los socios de las cooperativas de trabajo asociados 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.



## 7. Reclamaciones

Cualquier persona trabajadora que esté disconforme con la atención que han recibido por parte de una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social puede 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](http://www.seg-social.es), en la dirección **http://www.ovrmatepss.es/virtual/**

La oficina virtual se complementa con un servicio de **atención telefónica -902 112 651-**, que informará 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 de otra persona y adjuntando sus datos personales.



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](http://www.saludlaboralmadrid.es)  
[slmadrid@usmr.ccoo.es](mailto: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 ECONOMÍA,  
EMPLEO Y HACIENDA

Comunidad de Madrid  
[www.madrid.org](http://www.madrid.org)



UNIÓN EUROPEA

FONDO SOCIAL EUROPEO

*El Fondo Social Europeo Invierte en tu futuro*