

las mutuas:

todo lo que necesitas saber



las mutuas:

todo lo que necesitas saber



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

1ª edición: diciembre de 2016

Promueve: Comisiones Obreras de Madrid

Elabora: Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Realización e impresión: Unigraficas GPS

D.L.: M-43755-2016

IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2013-2016)

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del IV Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2013-2016 y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

las mutuas: todo lo que necesitas saber



ÍNDICE

Presentación	7
1. Seguridad Social	9
1.1. ¿Qué es el sistema de la Seguridad Social?	9
1.2. ¿Cuáles son los niveles de protección?	9
1.3. ¿Quiénes están incluidos en la modalidad no contributiva?	10
1.4. ¿Quiénes están incluidos en la modalidad contributiva?	10
1.5. ¿Cuál es la acción protectora de la Seguridad Social?	12
1.6. ¿Quién se encarga de la gestión y administración de la Seguridad Social?	13
2. Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social	15
2.1. Evolución histórica de las Mutuas	15
2.2. Hasta la actualidad	16
2.3. ¿Cómo se organiza una mutua?	17
2.4. ¿Cuáles son los órganos de gobierno?	18
2.5. ¿Cuáles son los órganos de participación?	19
2.6. ¿A qué tipo de control están sometidas?	20
2.7. ¿Qué es el Convenio de Asociación?	21
3. Incapacidad Temporal (IT)	22
3.1. ¿Qué es?	22
3.2. ¿Qué requisitos son necesarios?	22
3.3. ¿Cómo se sabe lo que se va a cobrar?	23
3.4. ¿Cuánto se cobra?	24
3.5. ¿Quién paga cuando se está en situación de Incapacidad temporal?	25
3.6. ¿Qué es el parte de baja?	26
3.7. ¿Quién puede citar para un reconocimiento médico?	28
3.8. ¿Cuánto dura la Incapacidad Temporal?	29
3.9. Antes de los 365 días	30
3.10. Cuando se llega a los 365 días	30
3.11. A partir de los 545 días	33
3.12. ¿Cuándo se extingue el derecho al subsidio de la Incapacidad Temporal?	33



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

4. Incapacidad Permanente	35
4.1. ¿Qué grados hay de Incapacidad Permanente?	35
4.2. ¿Qué se entiende por profesión habitual?	36
4.3. ¿Se necesita un período mínimo de cotización para acceder a estas prestaciones económicas?	36
4.4. ¿Cuál es el procedimiento de calificación de la incapacidad permanente?	36
4.5. ¿Es revisable la situación de incapacidad permanente?	37
4.6. ¿Y si la Incapacidad Permanente viene derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional?	38
5. Lesión Permanente no Invalidante	39
5.1. ¿Qué es?	39
5.2. ¿En qué consiste la prestación?	39
5.3. ¿Se puede seguir trabajando?	39
5.4. ¿También se cobra recargo de prestaciones?	39
6. Mutuas e IT por Contingencias Profesionales	40
6.1. ¿Qué pasa si la mutua dice que la baja no es profesional?	40
6.2. Determinación de la contingencia	41
6.3. ¿Qué se puede hacer si la mutua da el alta médica en contingencias profesionales?	43
6.4. Procedimiento de revisión de alta médica realizada por la mutua	43
6.5. Recargo de prestaciones	45
6.6. ¿Por qué es importante que se reconozcan las contingencias profesionales?	46
ACCIDENTE DE TRABAJO	46
ENFERMEDAD PROFESIONAL	53
7. Las mutuas y la Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes	59
7.1. ¿Cuánto dura el contrato con la mutua?	59
7.2. ¿Qué competencias tiene la mutua?	60
7.3. ¿Quién controla la baja?	60
7.4. ¿Me puede citar la mutua aunque la baja me la dé el servicio público de salud?	60
7.5. Propuesta de alta médica realizada por la mutua	61

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



8. Cese de actividad	63
8.1. ¿Qué es la Protección por cese de actividad?	63
8.2. ¿Con quién se formaliza esta opción?	63
8.3. ¿Cuáles son las causas de situación legal de cese de actividad?	63
8.4. ¿Qué no es considerado situación legal de cese de actividad?	64
8.5. ¿Qué requisitos se exigen para acceder a cese de actividad?	64
9. Cobertura prestaciones durante el riesgo por embarazo y lactancia natural	65
9.1. ¿Qué es la suspensión del contrato?	65
9.2. ¿Quién paga?	65
9.3. ¿Cuánto dura la prestación por riesgo durante el embarazo?	65
9.4. ¿Cuánto dura la prestación por riesgo durante la lactancia natural?	65
9.5. ¿Cómo es el procedimiento?	66
9.6. ¿Qué características tiene la prestación?	67
10. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave	68
10.1. ¿Qué es?	68
10.2. ¿Qué características son necesarias?	68
10.3. ¿Cuánto se cobra?	68
10.4. ¿Quién paga?	69
11. Actividades preventivas	70
11.1. ¿Cómo se definen las actividades preventivas?	70
12. BONUS	71
12.1. ¿En qué consiste?	71
12.2. ¿Cuánto se reduce?	71
12.3. ¿Qué características tiene?	71
13. Reclamaciones	72
13.1. ¿Cómo reclamar en la mutua?	72
13.2. Red de interlocución con las mutuas	73
13.3. Reclamación administrativa previa en materia de prestaciones de Seguridad Social	73
14. MÁS PREGUNTAS	75

las mutuas: todo lo que necesitas saber



PRESENTACIÓN

Las Mutuas nacen nada más aparecer la primera Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900 y su reglamento de 28 de julio de ese mismo año, norma conocida como Ley Dato.

Dicha ley establecía responsabilidades a los patronos y compañías para con sus operarios cuando éstos sufrían accidentes con motivo y en el ejercicio de su profesión o trabajo. Entre sus contenidos, regulaba la atención sanitaria y farmacéutica y las indemnizaciones económicas por daños.

Así, en el desarrollo de la Ley Dato, se promulga la Orden de 10 de noviembre de 1900, que definía a las mutuas: "...aquellas legalmente constituidas, cuyas operaciones de seguros se reduzcan a repartir entre los asociados el equivalente a los riesgos sufridos por una parte de ellos, sin participación directa ni indirecta de los beneficios". En aquellos primeros estatutos se requería un mínimo de 1.000 trabajadores y 20 patronos para crear una Mutua.

Han transcurrido 116 años desde que aparecieron las primeras y se han transformado, adaptado y regulado, pero no han cambiado en lo esencial: sus servicios van dirigidos a los trabajadores como únicos beneficiarios y son asociaciones de empresarios, controladas y dirigidas por ellos. La participación de los trabajadores en la actualidad se limita a estar en las comisiones de control y seguimiento, la comisión de prestaciones especiales y en el consejo de administración en representación de sus trabajadores como empleadora.

Desde CCOO siempre hemos trabajado para que el papel que juegan, principalmente en la reparación del daño causado por la actividad laboral y las competencias que tienen asignadas hoy, como el control de la incapacidad transitoria común, se ajusten en beneficio del usuario y no en el interés económico del empresario.

Es importante potenciar la red de interlocución como instrumento operativo y de trabajo a la hora de solucionar las malas prácticas.

Esta guía pretende ser una herramienta útil para los delegados y delegadas de prevención; también para los trabajadores en general, que les permita con el conocimiento de cómo son y actúan las mutuas puedan ser más eficaces a la hora de realizar su trabajo sindical.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

Ha sido elaborada por CCOO Madrid, en el marco de las actuaciones realizadas en el IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales.

Por último, agradecer el trabajo y el esfuerzo realizado por los técnicos de prevención de riesgos laborales que han sido quienes la han construido.

Carmelo Plaza Baonza
Secretario de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Las mutuas: todo lo que necesitas saber

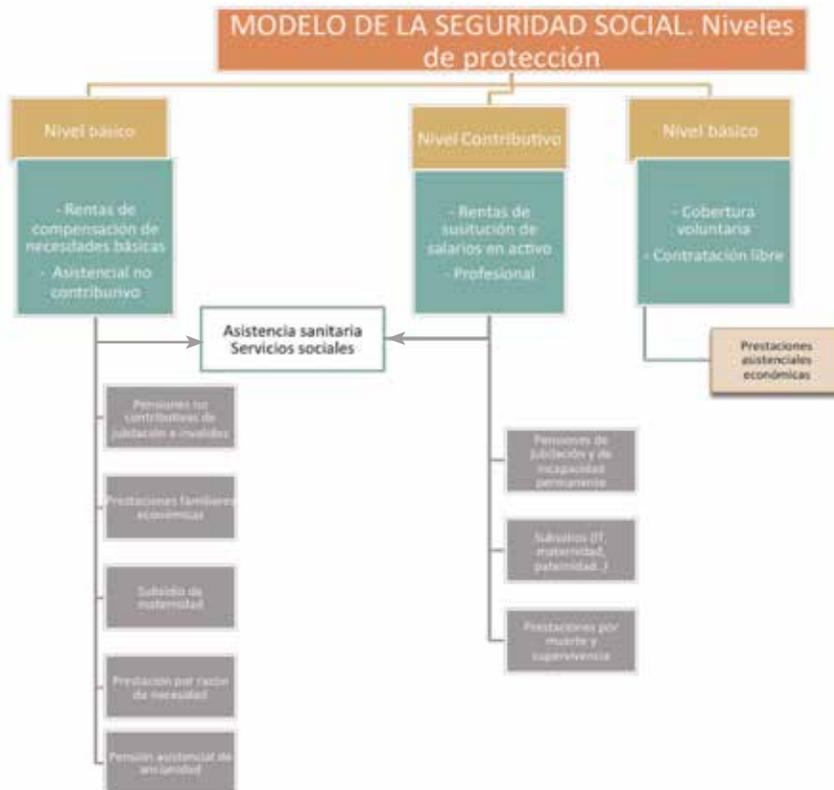


1. SEGURIDAD SOCIAL

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

Es un sistema que otorga prestaciones que se ocupan de prever, reparar o superar determinadas situaciones de infortunio o estados de necesidad concretos, que originan una situación de necesidad en las personas que los sufren.

1.2. ¿CUÁLES SON LOS NIVELES DE PROTECCIÓN?



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

- 1. Prestaciones no contributivas**, que otorgan prestaciones para todos los sujetos en situación de necesidad por carecer de renta (en los casos de jubi-



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

lación, 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 a la Seguridad Social.

2. Protección contributiva, protege a los sujetos por realizar una actividad profesional, va en función de la contribución realizada al Sistema de Seguridad Social, y siempre que supere determinados requisitos para acceder a la prestación (estar afiliada/o a la Seguridad Social y en alta, haber cotizado durante un determinado período de tiempo).

Existiría también un tercer nivel que sería **la Protección de carácter privado**, al que cualquiera puede acudir, de manera voluntaria y como complemento a la protección de la Seguridad Social (mejoras voluntarias, planes y fondos de pensiones, etc.). Las características de este sistema de protección es que es de carácter privado, voluntario y complementario a la protección de la Seguridad Social.

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

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

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

LGSS art.7.1

1.4. ¿QUIÉNES ESTÁN INCLUIDOS EN LA MODALIDAD CONTRIBUTIVA?

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

- Régimen General: Trabajadoras/es por cuenta ajena.
- Regímenes Especiales: Trabajadoras/es por cuenta propia o autónomos/as, Socias/os trabajadoras/es de cooperativas de trabajo asociado, Estudiantes y Funcionarias/os públicos, civiles o militares.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



¿Qué incluye el Régimen General?

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

LGSS art.136

Dentro de este Régimen se han integrado dos sistemas especiales:

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

¿Qué excluye el Régimen General?

LGSS art.137

- Los trabajos que se hagan de vez en cuando como servicios amistosos, por buena voluntad o de buena vecindad.
- Los trabajos que se pueden incluir en alguno de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social.
- Los realizados por los profesores universitarios eméritos¹, así como por el personal licenciado sanitario emérito.

¿Cuáles son los Regímenes Especiales?

LGSS art.10

Se consideran regímenes especiales los que encuadren a los grupos siguientes:

- Trabajadores por cuenta propia o autónoma.

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

- Trabajadores del mar.
- Minería del carbón.
- Funcionarios públicos, civiles y militares.
- Estudiantes

¿Qué es un trabajador/a por cuenta ajena?

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

LGSS art.42

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

La acción protectora de la Seguridad Social comprende:

- a) La asistencia sanitaria (y farmacéutica) y recuperación profesional** en los casos de maternidad, enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo.
- b) Las prestaciones económicas** en las situaciones de incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, incapacidad permanente contributiva e invalidez no contributiva, jubilación, en sus modalidades contributiva y no contributiva, desempleo, en sus niveles contributivo y asistencial, protección por cese de actividad, muerte y supervivencia.
- c) Las prestaciones familiares** de la Seguridad Social, en sus modalidades contributiva y no contributiva.
- d) Las prestaciones de servicios sociales**, que procuran una mejora de las condiciones de vida de los beneficiarios por razones de edad o minusvalía.
- e) Como complemento de las prestaciones anteriores**, podría otorgarse los beneficios de la **asistencia social**.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

Se realiza por:

1. Las Entidades Gestoras:

- **El 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 que estén atribuidas al Instituto de Servicios Sociales o servicios competentes de las Comunidades Autónomas.
- **El Instituto Social de la Marina (ISM):** realiza la gestión, administración y reconocimiento del derecho a las prestaciones y la asistencia sanitaria del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Trabajadoras y Trabajadores del Mar.
- **El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria:** se encarga de la administración y gestión de los servicios sanitarios. En Madrid, y por el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, lo realiza el Servicio Público de Salud.
- **El Instituto de Mayores y Servicios Sociales:** encargado de 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.
- **El Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE):** organismo autónomo adscrito al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, encargado de gestionar la prestación y el subsidio por desempleo.

RDL 8/2015, art. 66

2. Los Servicios Comunes:

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

RDL 8/2015, art. 74

3. Las Entidades colaboradoras

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

RDL 8/2015, art. 79



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

RDL 8/2015, art 80
Ley 35/2014, art 68

¿Cómo es la colaboración de las mutuas?

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

- La gestión de las **prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria**, incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de **accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**.
- La gestión de la **prestación económica** por incapacidad temporal derivada de **contingencias comunes**.
- La gestión de la prestación por **Cese de actividad** en los trabajadores por cuenta propia.
- Cobertura de prestaciones durante el **riesgo por embarazo y lactancia natural**.
- La gestión de la prestación por **cuidado de menores** afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave.
- La realización de **actividades preventivas** dirigidas a las empresas en las que tengan las contingencias profesionales cubiertas, fijadas periódicamente por resoluciones de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.
- La gestión del sistema de incentivos de la Seguridad Social (**BONUS**).

RDL 8/2015, art. 80
Ley 35/2014, art. 68

¿Y la colaboración de empresas?

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

- a) Asumiendo directamente el pago de las prestaciones por Incapacidad Temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional, incluido el subsidio consiguiente que corresponda.
- b) Asumiendo directamente el pago de las prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral.
- c) Pagando las prestaciones económicas por incapacidad temporal, así como las demás que puedan determinarse reglamentariamente, con cargo posterior a la entidad gestora o la mutua.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



2. MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

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

2.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS MUTUAS

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

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

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

- **En 1922 se promulga la Ley Matos**, que introduce dos novedades: a) Amplía la responsabilidad empresarial a la imprudencia profesional, y b) Crea un Fondo de Garantía para que, en los casos de insolvencia empresarial, haga frente al pago de las indemnizaciones.
- Con el **Decreto Texto Refundido de Accidentes de Trabajo de 1932** se estableció la obligatoriedad de contratar un seguro de accidentes, que podía hacerse con una mutualidad patronal o con una sociedad de seguros, o bien con el nuevo órgano creado, la Caja Nacional del Seguro² del Instituto Nacional de Previsión.

² Asegura directamente a todos los patronos contra el riesgo de incapacidad permanente y muerte, causadas por accidentes de trabajo de sus operarios y asesora sobre la formación a las Mutualidades.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

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

2.2. HASTA LA ACTUALIDAD

- La gestión económica de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes pasa a ser competencia de las Mutuas a raíz de la **Ley 42/1994 de Medidas Fiscales**. Se separa la maternidad del concepto de contingencia común, siendo una prestación propia con gestión exclusiva del INSS. Se crean las Comisiones de Control y Seguimiento.
- Con el **Real Decreto 1993/1995 de Colaboración de las Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social** se regula todo lo que tiene que ver con las entidades colaboradoras. Como novedad establece la **Comisión de Prestaciones Especiales**. **Este decreto es modificado por el RD 1622/2011**, que establece que las mutuas no podrán desarrollar directamente actividades de los servicios de prevención ajenos.
- La **Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales** posibilita a las mutuas a desarrollar para sus empresas asociadas las funciones de servicio de prevención.
- **Real Decreto 688/2005** por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas como servicios de prevención ajenos, se segregan la actividad de la mutua como entidad colaboradora de la Seguridad Social y como servicio de prevención ajeno.
- **Real Decreto 1299/2006**, por el que se aprueba el nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

2.3. ¿CÓMO SE ORGANIZA UNA MUTUA?

Las mutuas cuentan con **dos órganos colegiados y un órgano unipersonal de gobierno**: la Junta General, la Junta Directiva y el Director Gerente. Cada mutua tiene dos **órganos de participación**: la Comisión de Control y Seguimiento y la Comisión de Prestaciones Especiales.

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

2.4. ¿CUÁLES SON LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO?

RDL 8/2015, art. 86

• Junta General

Es el órgano superior de gobierno, formado por todas las/os empresarias/os asociadas/os y por una representación de las/os trabajadoras/es. Desde la Reforma de mutuas (Ley 35/2014) pasa a formar parte de la misma una representación de las/os trabajadoras/es por cuenta propia que hayan formalizado la cobertura de las contingencias con esa mutua.

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

RDL 8/2015, art. 87

• Junta Directiva

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

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

RDL 8/2015, art. 88

• Director Gerente

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

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

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



2.5. ¿CUÁLES SON LOS ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN?

RDL 8/2015, art. 89

• Comisión de control y seguimiento

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

Está compuesta, a partes iguales, por miembros de las organizaciones sindicales y empresariales (con un máximo de doce) y por una representación de las asociaciones profesionales de trabajadoras/os autónomas/os.

Sus funciones principales son:

- Conocer e informar sobre la gestión que realiza la mutua.
- Poder solicitar información respecto a la gestión realizada por la entidad.
- Proponer medidas para el mejor cumplimiento de los fines de la mutua.
- Informar el anteproyecto de presupuestos y cuentas anuales.
- Ser informada sobre las propuestas de alta realizadas por la mutua, para seguir la evolución de los procesos de incapacidad temporal a su cargo.

Dispondrá de los informes de LITIGIOSIDAD, reclamaciones y recursos, así como de los requerimientos de los órganos de supervisión, dirección y tutela. Anualmente desarrollará un informe con recomendaciones para la Junta Directiva y el órgano de dirección y tutela.

• Comisión de Prestaciones Especiales

RDL 8/2015, art. 90

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

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

La asistencia social consiste en la concesión de servicios, ayudas económicas y programas individualizados de formación, orientados a la readaptación y reinserción laboral, previa solicitud realizada por las/os trabajadoras/os afectadas/os de las em-



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

presas asociadas a la mutua, pensionistas, los familiares beneficiarios e incluso las/os representantes de las/os trabajadoras/es de la empresa.

Siempre se solicita para atender necesidades no cubiertas por las prestaciones reglamentarias de la Seguridad Social. Algunos ejemplos de ayudas son:

- Adaptación de la vivienda (barandillas), eliminación de barreras arquitectónicas (rampas y ascensores) o del vehículo.
- Ayuda a familiares directos: alojamiento durante hospitalización, dietas...en caso de accidente.
- Traslado y posibilidad de realizar tratamiento de rehabilitación específico en una clínica específica.
- Solicitar una silla de ruedas.
- Ayuda de guardería o estudios para las/os hijas/os.

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

2.6. ¿A QUÉ TIPO DE CONTROL ESTÁN SOMETIDAS?

El control de las Mutuas le corresponde al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, pudiendo adoptar medidas cautelares, en caso de que sea necesario, para asegurar la cobertura de las prestaciones.

Además, las Mutuas son auditadas anualmente y en el caso de que haya que exigir responsabilidades, éstas serán mancomunadas entre las/os empresarias/os asociadas/os en la mutua. Igualmente, el control financiero es llevado a cabo por la Intervención General de la Seguridad Social, que si detecta algún fallo lo transmitirá a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, y por el Tribunal de Cuentas, al que la mutua deberá rendir sus cuentas anuales.

Y la Inspección de Trabajo, ¿qué puede hacer?

Según el Reglamento de Colaboración de Mutuas, la Inspección de Trabajo tiene la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de las disposiciones de constitución, organización, gestión y funcionamiento de las mutuas. Esta función de la inspección la lleva a cabo en una doble vertiente, por un lado, porque son empresas con trabajadoras/es a su servicio y, por otro, porque son Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



Según el artículo 19 de la Ley 23/2015, la actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social se extiende a las entidades y empresas colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social, porque son sujetos obligados o responsables de cumplir las normas.

2.7. ¿QUÉ ES EL CONVENIO DE ASOCIACIÓN?

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

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

¿Cuánto dura el plazo?

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

¿Se puede cambiar de mutua?

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

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

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

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

Ley 35/2014, art. 7.2
Reglamento de colaboración de las mutuas,
art. 62.1

RDL 8/2015, art. 83

Ley 35/2014, art. 72

Ley 35/2014,
Disposición transitoria
primera

RD 1622/2011,
Disposición transitoria
primera



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

3. INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

LGSS, art. 169

3.1. ¿QUÉ ES?

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

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

LGSS, art. 165

3.2. ¿QUÉ REQUISITOS SON NECESARIOS?

a. La persona debe **estar afiliada y en alta** (o situación asimilada a la de alta).

¿Cuáles son situaciones asimiladas a la de alta?

- La percepción de la prestación por desempleo de nivel contributivo.
- Traslado por la empresa fuera del territorio nacional.
- La situación de excedencia para el cuidado de hijos con reserva de puesto de trabajo.
- Excedencia forzosa.
- Convenio especial de diputados y senadores y de gobernantes y parlamentarios de Comunidades Autónomas.
- Los períodos de inactividad entre trabajos de temporada.
- Después de haber prestado servicios en puestos de trabajo que supusieron riesgo de enfermedad profesional y a los solos efectos de que pueda declararse una invalidez permanente debida a dicha contingencia.
- Durante las situaciones de huelga y cierre patronal se permanecerá en situación de alta especial en la Seguridad Social.

LGSS, art. 172

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

Se calculará el **coeficiente global de parcialidad**³.

Para contabilizar los períodos que legalmente se asimilan a cotizados se hará de la misma forma a la utilizada en relación con el último período trabajado. Los períodos de IT, riesgo durante el embarazo, descanso por maternidad, así como los de percepción de prestación de desempleo, tendrán la misma consideración que el período precedente.

Si es pluriempleo o pluriactividad a tiempo parcial, se sumarán los días teóricos de cotización acreditados en las distintas actividades. En ningún caso podrá computarse un número de días cotizados superior al que correspondería de haberse realizado la prestación de servicios a tiempo completo.

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

En este régimen, las horas efectivamente trabajadas se determinarán en función de las bases de cotización⁴ divididas por el importe fijado para la base mínima horaria del Régimen General por la LPGE⁵ para cada año (establecido así para el período desde el año 2012 hasta el 2018).

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

LGSS, art. 171

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

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

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

³ Según las reglas establecidas en el Real Decreto-ley 11/2013, de 2 de agosto.

⁴ Referidas en la Disposición transitoria decimosexta del Texto Refundido de la LGSS. Bases y tipos de cotización y acción protectora en el Sistema Especial para Empleados de Hogar.

⁵ Ley de Presupuestos Generales del Estado.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

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

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

¿Y cómo se calcula en otros casos?

LGSS, art. 161.3

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

LGSS, art. 248.2

- **En caso de contrato a tiempo parcial:** se toma la base reguladora diaria que se obtiene dividiendo la suma de las bases de cotización a tiempo parcial desde tres meses inmediatamente anteriores al hecho que causa la incapacidad, entre el número de días naturales comprendidos en el período.

www.seg-social.es

- **En caso de contratos para la formación y aprendizaje/personal investigador en formación:** la BR será la base mínima de cotización del Régimen General, si se trata de contrato para la formación y el aprendizaje y si se trata de personal investigador en formación la BR será la base mínima del grupo 1.

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

3.4. ¿CUÁNTO SE COBRA?

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

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

Si la Incapacidad Temporal deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional, producido por falta de medidas de seguridad, la cuantía a cobrar se puede ver aumentada entre un 30 a un 50 por ciento (Recargo de Prestaciones⁶).

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

Puede pagar la empresa, por pago delegado con carácter obligatorio o asumiendo directamente el pago si asume la colaboración voluntaria; o bien paga el INSS o la Mutua, por pago directo.

¿Qué es el pago delegado?

Es cuando la empresa paga a la trabajadora o al trabajador la prestación económica y posteriormente se lo deduce en los seguros sociales (excluyendo en los casos de contingencia común, durante los días 4 a 15 de baja, ya que este abono corresponde directamente a la empresa).

Un caso especial es cuando se está percibiendo prestaciones por desempleo y se pasa a IT, el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) abonará la prestación, por pago delegado también, hasta consumir el tiempo de prestación por desempleo, en cuyo momento será el INSS el que abonará la prestación.

¿Y el pago directo?

Cuando la prestación es gestionada de forma directa por parte del INSS o la mutua colaboradora, entre otras, en estas situaciones:

- La/el empresaria/o que incumple el pago delegado.

Decreto 3158/1966,
art. 2

LGSS 2015, art. 102

www.seg-social.es

⁶ Ampliado en Contingencias Profesionales.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

- 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 porque se ha llegado al plazo máximo (545 días) 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 al iniciar la IT se estuviera percibiendo prestación contributiva por desempleo, en cuyo caso, la prestación la abona el Servicio Público de Empleo Estatal, en régimen de pago delegado, hasta el agotamiento del desempleo.
- Por iniciar expediente de incapacidad permanente, tras la resolución de la Entidad gestora.

3.6. ¿QUÉ ES EL PARTE DE BAJA?

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

RD 625/2014, art. 2

¿Quién lo expide?

Los partes médicos por contingencia común (enfermedad o accidente no laboral) son expedidos por la/el médica/o del Sistema Público de Salud y en las contingencias profesionales, lo hará la/el médica/o de las mutuas o de atención primaria, según con quién tenga la empresa cubierta estas contingencias.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



¿Cuántas copias?

RD 625/2014, art. 7

Se expedirá inmediatamente después del reconocimiento médico de la/el trabajadora/dor por cuadruplicado:

1. El INSS lo recibirá por vía telemática, de forma inmediata y máximo el primer día hábil siguiente a la expedición.
2. La/el trabajadora/or recibirá 2 copias, una de ellas con destino a la empresa. Si mientras dura la baja se finalizase el contrato de trabajo, se deben llevar los partes de confirmación a la entidad gestora o la mutua directamente.
3. La empresa deberá cumplimentar la copia entregada por el trabajador/a en los apartados que le 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.

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

RD 625/2014, art. 7

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

¿Con qué frecuencia se emiten los partes de confirmación?

RD 625/2014, art. 2.3

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

Si el proceso se estima que dure:

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

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

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

¿Qué son los informes médicos complementarios?

Son los informes médicos que se realizan cuando la duración de la IT dura 30 días o más. Lo expide la/el médica/o de atención primaria y han de acompañar al segundo parte de baja. Si la mutua gestiona la IT por contingencia común tiene acceso a los informes complementaria, y de control.

¿Y los Informes de control?

Los expide la Inspección Médica del Servicio de Salud o el facultativo de atención primaria, bajo la supervisión del anterior. Se realizará trimestralmente.

3.7. ¿QUIÉN PUEDE CITAR PARA UN RECONOCIMIENTO MÉDICO?

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

¿Cuánto tiempo hay para citar?

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

¿Pueden citar por teléfono?

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

RD 625/2014, arts. 4.1,
y 4.3

RDL 625/2014, art. 4.3

RD 625/2014, art. 4.2

RDL 8/2015, art 9

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



Hay que evitar en todo momento transmitir datos de salud por vías que no garanticen la confidencialidad; por ello, no debemos dar información médica por teléfono cuando no se sabe quién es el interlocutor, si es personal sanitario o administrativo, si es realmente de la mutua, si cumple con lo regulado en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD).

¿Y si no se asiste?

- Si se justifica antes o el mismo día del reconocimiento, el INSS o la mutua podrá fijar una nueva fecha, comunicándolo con la antelación mínima ya comentada de 4 días hábiles.
- Si han pasado los cuatro días y no se justifica se suspenderá cautelarmente el subsidio, comunicándolo inmediatamente a la persona interesada. En este momento, se abre un plazo de diez días hábiles:
 - Si se justifica la incomparecencia, se dejará sin efecto la anterior suspensión, y se procederá a rehabilitar el pago de la prestación con efectos desde la fecha en que quedó suspendida (plazo de quince días).
 - Si no se justifica suficientemente la falta de asistencia, se extinguirá la prestación⁷.

¿Cómo se puede justificar?

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

3.8. ¿CUÁNTO DURA LA INCAPACIDAD TEMPORAL?

LGSS 2015, art. 169

La duración máxima de la Incapacidad Temporal es:

- En caso de accidente o enfermedad, cualquiera que sea su causa, 365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que, durante ellos, se pueda dar el alta médica por curación.

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

- 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.

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

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

3.9. ANTES DE LOS 365 DÍAS

LGSS 2015, art. 170.1

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

3.10. CUÁNDO SE LLEGA A LOS 365 DÍAS

LGSS 2015, art. 170.2

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

1. **Alta médica** por curación o por incomparecencia a los reconocimientos médicos que haya convocado.
2. **Iniciación de un expediente de incapacidad permanente.**
3. **Prórroga expresa.**

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

¿Qué se puede hacer si el INSS nos da el alta médica al llegar a los 365 días?

LGSS 2015, art. 170.2

Si la persona en cuestión considera que no se ha recuperado para llevar a cabo su trabajo puede presentar su **disconformidad con el alta médica emitida por el INSS**.

¿Cuál es el plazo de presentación?

Hay un plazo máximo de **cuatro días naturales** a partir del día en el que le fue notificada el alta.

¿Dónde hay que presentarlo?

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 o ante el mismo INSS.

<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/123136.pdf>

Una vez presentada la solicitud, se debe comunicar a la empresa el mismo día o al día siguiente hábil.

¿Qué hace la Inspección médica?

- Puede **confirmar el alta o no pronunciarse en 11 días** y entonces el alta se hace efectiva, aunque se prorroga hasta este día.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

- Puede **discrepar** y entonces propone a la Entidad que reconsidere su decisión en el plazo de 7 días naturales.

¿Cuánto tarda INSS en responder a esta propuesta?

Deberá pronunciarse expresamente en el transcurso de los 7 días naturales siguientes, notificando la resolución a la parte interesada y a la inspección médica.

¿Qué puede responder?

- Puede reconsiderar el alta, por lo cual se proroga la IT a todos los efectos (en este caso podrían ser 11 días máximos desde que se presenta la disconformidad).
- Puede reafirmarse en su decisión aportando las pruebas complementarias que la justifica, por lo cual, la IT se prorrogará hasta la fecha de la última resolución.

¿Se puede interponer Reclamación Previa?

No, está excluida expresamente en el art.71.1 de la Ley 36/2001, reguladora de la jurisdicción social, por lo que cabe demanda directa.

LGSS 2015, art. 174.1

2. Iniciación de un expediente de incapacidad permanente

En este caso se extingue la IT. Es un alta, a efectos de Tribunal, pero a nivel de prestación se proroga la percepción de IT.

Si antes de transcurridos los 545 días naturales, se deniega el derecho a la prestación de incapacidad permanente, el INSS será el único competente para emitir, dentro de los 180 días naturales posteriores a la negativa, una nueva baja médica por la misma o similar patología, reanudándose el proceso de IT hasta el cumplimiento de los 545 días.

LGSS 2015, art. 174.4.

3. Prórroga expresa

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



Si en este momento hay alta médica (desde los 365 días hasta el 545) por el INSS, sólo procede reclamación previa ante el propio INSS en el plazo de 11 días.

LGSS 2015, art. 174.2

3.11. A PARTIR DE LOS 545 DÍAS

En este momento se extingue el derecho a la prestación de la IT y también la obligación de cotizar de la empresa.

A partir de los 545 días, en un plazo máximo de 3 meses, se debe examinar, necesariamente, el estado de la persona incapacitada a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda.

¿Y si se estima que puede haber recuperación o su situación clínica aconsejara demorar la calificación?

LGSS 2015, art. 200,
ET art. 48.2

Se podrá retrasar esta calificación máximo 730 días naturales desde el inicio de la IT, por la expectativa de recuperación con vistas a la posible reincorporación laboral.

Si no se efectúa “demora de calificación” se puede proceder a declarar la incapacidad permanente, revisable en un plazo breve y con reserva del puesto de trabajo porque es previsible que por mejoría permita la reincorporación al puesto de trabajo.

¿Entonces si no se cotiza, se cobra algo?

LGSS 2015, art. 174.5

Si existe alta médica con propuesta de incapacidad permanente, porque el INSS decide iniciar el expediente de incapacidad permanente, o porque han transcurrido 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.

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

LGSS 2015, art. 174

El derecho al subsidio se extinguirá:

- Por el transcurso del plazo máximo de 545 días naturales desde la baja médica.
- Por alta médica por curación o mejoría que permita realizar su trabajo habitual.
- Por ser dado de alta, con o sin declaración de incapacidad permanente.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

- 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.

LGSS 2015, art. 174.3

Y a partir de los 545 días, ¿no cobro más?

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.

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 EVI's, 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.

las mutuas: todo lo que necesitas saber



4. INCAPACIDAD PERMANENTE

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

LGSS 2015, art. 193

4.1. ¿QUÉ GRADOS HAY DE INCAPACIDAD PERMANENTE?

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

LGSS 2015,
Disposición Transitoria
Décimo Sexta

4.2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR PROFESIÓN HABITUAL?

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

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

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 de enfermedad profesional, en cuyo caso no se exige período previo de cotización.

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

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

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

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

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

Orden 18 de enero de
1996, capítulo II

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



El EVI examinará el informe médico de síntesis, en el que queda recogido el historial médico del Servicio Público de Salud, o en su caso de la mutua, los informes de otros facultativos que haya aportado la parte interesada y el de antecedentes profesionales; y procederá a emitir y a elevar/notificar al Director Provincial del INSS “dictamen-propuesta”, para que dicte resolución expresa determinando o no la calificación de incapacidad permanente, reconociendo, en su caso, la situación de incapacidad permanente y su grado, así como la prestación económica que corresponda.

¿Qué plazo tienen para contestar?

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

Orden 18 de enero de
1996, art. 14

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

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

¿Y si no se resuelve nada?

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

4.5. ¿ES REVISABLE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE?

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

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

Orden 18 de enero de
1996, art. 14

Orden 18 de enero
de 1996, art.18



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

LGSS 2015, art. 200.2

Orden 18 de enero
de 1996, art.18; art. 116
LGSS 2015, art. 164

instar la revisión por agravación o mejoría, en tanto que la persona pensionista no haya cumplido la edad mínima para acceder al derecho a la pensión de jubilación. No se podrá realizar la revisión antes de ese plazo.

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

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

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

las mutuas: todo lo que necesitas saber



5. LESIÓN PERMANENTE NO INVALIDANTE

5.1. ¿QUÉ ES?

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

LGSS 2015, art. 201

5.2. ¿EN QUÉ CONSISTE LA PRESTACIÓN?

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.

LGSS 2015, art. 201

5.3. ¿SE PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?

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

LGSS 2015, art. 203

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

Orden 18 de enero de 1996, disposición adicional primera

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.

5.4. ¿TAMBIÉN SE COBRA RECARGO DE PRESTACIONES?

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

6. MUTUAS E IT POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

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

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

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

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

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

¿Y si no me quieren atender?

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

¿Y una vez en el servicio público de salud?

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



¿Quién tiene la última palabra?

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

6.2. DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA

¿Qué es?

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

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

¿Quién puede iniciar el procedimiento?

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

- a) El INSS de oficio o como consecuencia de una petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o del Servicio Público de Salud.
- b) A instancia de la trabajadora/or o su representante legal.
- c) A instancia de las mutuas o empresas colaboradoras.

¿Cómo trabajadora/or qué aporto?

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

¿Ante quién se presenta?

A la dirección provincial del INSS.

¿Qué hace el INSS?

Una vez recibida la solicitud el INSS lo comunica al servicio público, a la mutua o a la empresa colaboradora, según corresponda, para que en el plazo improrrogable



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

ble de **cuatro días hábiles** aporten los antecedentes relacionados con el caso e informen sobre la contingencia.

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

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

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

¿Cuánto tiempo tiene para decidir?

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

¿Qué dirá el INSS?

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

¿Se cobra mientras se resuelve?

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

¿Cómo se entera la persona en cuestión?

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



Ante la negativa, ¿se puede interponer reclamación previa?

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

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

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

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

¿Cómo se hace?

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

¿Qué más cosas importantes hay que saber?

El documento anterior debe ir acompañado, necesariamente, del historial médico previo relacionado con el proceso de IT o la copia de haber solicitado a la mutua dicho historial.

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

¿Qué hace el INSS?

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

¿Qué puede hacer la mutua?

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

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

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

¿Qué pasa después?

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

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

¿Hay que ir a trabajar?

Desde la presentación de la solicitud de revisión la trabajadora o el trabajador se considera en situación de baja, percibiendo la prestación de IT derivada de

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



contingencia profesional. Sin embargo, si el INSS confirma el alta extendida por la mutua, deberá devolver el importe de la prestación percibida en ese periodo.

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

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

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

6.5. RECARGO DE PRESTACIONES

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

¿Qué es?

Es un aumento en la cuantía de todas las prestaciones económicas que se generan cuando se produce el accidente de trabajo o la enfermedad profesional, y en función de la gravedad de la infracción en materia de prevención de riesgos laborales, este aumento se determinará entre un 30 a 50 por ciento.

¿Cómo se consigue?

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

En ocasiones, es tramitado de oficio, es decir, la propia Inspección de Trabajo es la que detecta que la empresa ha incumplido con su obligación de implantar las medidas de prevención. En los casos de accidente grave, muy grave o mortal, la



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

ITSS acude al centro de trabajo donde ha tenido lugar el accidente para investigar las causas del mismo.

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

Porque implica una serie de ventajas:

- El tratamiento médico-farmacéutico es gratuito.
- Los porcentajes de la base reguladora son más altos.
- No es necesario acreditar ningún periodo de carencia para tener acceso a las prestaciones económicas.
- Proporciona una buena base para solicitar indemnizaciones por posibles incumplimientos empresariales de la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Acceso a la Prestación de asistencia social.
- Pago de los gastos de transporte del accidentado.
- Contribuye a hacer visible el riesgo laboral, impidiendo que el sistema público de salud asuma lo que es un coste empresarial y permitiendo que se establezcan las medidas preventivas necesarias para evitar que estos daños vuelvan a repetirse.

ACCIDENTE DE TRABAJO

1. ¿Qué es un Accidente de Trabajo?

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

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

LGSS 2015, arts. 316
y 317.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



2. ¿Qué tiene que darse para ser considerados accidentes de trabajo?

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

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

3. ¿Qué situaciones se consideran accidente de trabajo?

LGSS 2015, art. 156.2

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

¿Qué establece la jurisprudencia?

- que la finalidad principal y directa del viaje esté determinada por el trabajo (elemento teológico). Si la persona accidentada de “motu proprio” decide realizar cualquier gestión privada, el elemento teológico deja de existir, es decir se rompe el nexo causal.
- que se produzca en el trayecto habitual y normal que debe recorrerse desde el domicilio al lugar de trabajo o viceversa (elemento topográfico).

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

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

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

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

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

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

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

e) Las **enfermedades** que no están en el listado de enfermedades profesionales, pero cuya causa directa sea la ejecución de un trabajo. Por ejemplo, enfermedades de la columna vertebral o de la espalda en actividades que impliquen trabajo manual pesado, posturas forzadas, inclinaciones o torsiones frecuentes; también

las mutuas: todo lo que necesitas saber



algunos trastornos mentales como el *mobbing* o el *burnout* ligados a la exposición a factores de riesgo psicosociales.

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

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

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

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

LGSS, art. 156.3

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

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

¿Y si tengo un infarto?

Por la presunción anterior, el Tribunal Supremo acepta que las enfermedades de aparición súbita en tiempo y lugar de trabajo, como pueden ser las enfermedades cardíacas o los accidentes cerebro-vasculares, también pueden ser consideradas como accidente de trabajo. Cuidado, no tienen esa consideración si aparecen durante el traslado al centro de trabajo o al domicilio.

También es accidente de trabajo:

- a) «La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira».
- b) En los que existe culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo (ej. Accidente producido al separar una pelea de compañeros de trabajo).

LGSS, art 154.4

5. ¿Qué no es accidente de trabajo?

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



¿Qué es imprudencia temeraria?

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

¿Qué es dolo?

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

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

- Acude a la mutua colaboradora o al servicio médico de empresa si existe. La empresa debe cumplimentar y proporcionar el correspondiente “volante de asistencia”, que se entregará a la mutua. Es conveniente que se refleje lo más fielmente posible la lesión, lugar y tiempo, así como la forma en que ha ocurrido el accidente.
- Poner el accidente en conocimiento de las delegadas y los delegados de prevención. Son la representación de las trabajadoras y los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales. Deben conocer todos los accidentes que tengan lugar en la empresa.
- Pedir copia del parte de accidente de trabajo. Una vez emitida la baja médica por la mutua, la empresa debe cumplimentar un parte de accidente de trabajo que remitirá telemáticamente a dicha entidad. Exige tu copia.
- En el caso de que no nos dé la baja, debe darnos un justificante de la asistencia recibida.

7. ¿Qué es el volante de asistencia?

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

Orden 13 de octubre
de 1967, art. 20.2



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

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

Orden 16 diciembre
de 1987.

Orden TAS/2926/2002
de 19 de noviembre.

Resolución de 26 de
noviembre de 2002

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

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

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

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

¿A quién tiene que comunicárselo la empresa?

La tramitación se lleva a cabo a través de procedimientos electrónicos y tiene lugar obligatoriamente e íntegramente a través del sistema Delt@. Este sistema envía automáticamente todos los partes de accidente firmados por la empresa o por la/el trabajadora/or por cuenta propia a la entidad gestora o colaboradora que se indique en el parte de accidente como responsable de la cobertura de la contingencia.

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

La Autoridad Laboral también puede devolver el parte de accidentes a la Entidad Gestora o Colaboradora, explicando el motivo de la devolución en la casilla co-

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

¿Cuál es el plazo para comunicarlo?

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

En el caso de accidentes mortales, que sean considerados como graves o muy graves o que el accidente ocurrido afecte a más de cuatro trabajadoras/es, pertenezcan o no en su totalidad a la plantilla de la empresa, ésta comunicará en el **plazo máximo de 24 horas** este hecho, por vía telemática, telegrama, fax u otro medio de comunicación análogo, a la autoridad laboral de la provincia donde haya ocurrido el accidente.

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

Orden de 16
de diciembre de 1987

ENFERMEDAD PROFESIONAL

1. ¿Qué es una enfermedad profesional?

Según el **art. 157 de la Ley General de la Seguridad Social**, una enfermedad profesional es “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta aje-



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

na⁸ 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”.

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

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

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

3. ¿Qué es el cuadro de enfermedades profesionales?

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

RD 1299/2006

La norma que regula las enfermedades profesionales es el **Real Decreto 1299/2006** que contempla un primer anexo (Anexo I) en el que lista las enfermedades de origen profesional legalmente 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:

- Enfermedades causadas por agentes químicos (arsénico, fósforo, mercurio, cloro, ácidos, amoníacos, éteres, etc.)

⁸ 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.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

- Solicitar estudio de enfermedad profesional a la Mutua o al INSS (en función de con quién se tengan cubiertas las contingencias profesionales). El tiempo que dura este estudio médico se considera período de observación, durante el cual, en caso de no poder trabajar, necesitará la baja laboral por enfermedad profesional.
- Ponerse en contacto con las/os asesoras/es del equipo de salud laboral de CCOO Madrid o de las Federaciones Regionales o Uniones Comarcales.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

Real Decreto 1299/2006

5. ¿Quién notifica las enfermedades profesionales?

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

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

¿Cuáles son los plazos de presentación de los partes?

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

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

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

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

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

Conforme a lo dispuesto en la Disposición adicional octogésima sexta de la Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016, se establece una reducción en la cotización a la Seguridad Social del 50 por ciento de la aportación empresarial en la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes, en los supuestos de cambio de puesto de trabajo en la misma empresa o el desempeño, en otra distinta, de un puesto de trabajo compatible con el estado derivado de enfermedad profesional.

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

RD 1430/2009, art. 5

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

- Si no se está de acuerdo con esta calificación de la mutua, se debe hacer una reclamación en la misma mutua, dejando constancia del desacuerdo y pidiendo expresamente que se reconsidere el origen laboral de su enfermedad.
- La reclamación se puede hacer a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones, por teléfono (902.112.651) o bien mediante formularios disponibles en las ventanillas de la mutua.
- **Acudir a la/el médica/o de familia**⁹. Contarle todo el proceso y solicitarle que emita un diagnóstico de sospecha del posible origen profesional (con baja, si el estado de salud te impide trabajar).
- Obtén copia de dicha “Comunicación de sospecha de enfermedad profesional”. Una vez rellenado a través de la aplicación informática el documento, el facultativo entregará copia a la/el solicitante (que acudirá con su copia a la mutua para que le realice un estudio, diagnóstico y tratamiento) y al mismo tiempo, debe enviar el documento a la Inspección Médica de área, que dará traslado a la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

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

⁹ Los facultativos del Servicio de Prevención también tienen esta misma obligación que el médico de familia.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

RDL 8/2015, art. 84.2

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

7.1. ¿CUÁNTO DURA EL CONTRATO CON LA MUTUA?

RD 1993/1995, art. 69

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

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

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

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

¿Cómo delegados tenemos algo que decir al respecto?

RD 1993/1995, art 69

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

7.2. ¿QUÉ COMPETENCIAS TIENE LA MUTUA?

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

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

RD 625/2015, art. 8

7.3. ¿QUIÉN CONTROLA LA BAJA?

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

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

RD 625/2014, art. 4.3

¿Y a qué datos tiene acceso?

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

RD 625/2015, art. 8

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

Sí. Para llevar a cabo un control y seguimiento de la prestación económica, las mutuas también pueden realizar exámenes y reconocimientos médicos. Estos pueden ser realizados desde el primer día de la baja médica, y la incomparecencia injustificada puede ser causa de extinción del derecho a la prestación económica. Si bien, hay que recordar, deben citar con una antelación mínima de 4 días.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



¿Qué tenemos que llevar a una mutua?

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

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

¿Y me puede realizar pruebas médicas?

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

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

7.5. PROPUESTA DE ALTA MÉDICA REALIZADA POR LA MUTUA

RD 625/2014, art. 6

- La mutua puede realizar una propuesta de alta médica dirigida a la Inspección Médica del Servicio Público de Salud, quien dispone de un plazo máximo de 5 días para responder.
- **Simultáneamente, debe comunicar a la persona afectada el inicio de este procedimiento.**
- Esta propuesta debe ser motivada y acompañada de los informes y pruebas que se hayan realizado.
- La Inspección Médica remitirá la propuesta al médico responsable de la emisión de los partes médicos. El médico deberá pronunciarse:



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

las mutuas: todo lo que necesitas saber



8. CESE DE ACTIVIDAD

La Ley 35/2014 de 26 de diciembre establece la voluntariedad de la cobertura del cese de actividad para los trabajadores por cuenta propia o autónomos a partir del 1 de enero de 2015.

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

Es el abono de una prestación económica mensual y la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes, por cese de actividad total, de carácter definitivo o temporal, de forma involuntaria y por alguno de los motivos previstos en la norma. Se complementa con acciones de formación e inserción laboral para facilitar su reincorporación al mercado de trabajo, gestionadas por los Servicios Públicos de Empleo de las Comunidades Autónomas o por el Instituto Social de la Marina.

8.2. ¿CON QUIÉN SE FORMALIZA ESTA OPCIÓN?

Con la mutua colaboradora de la Seguridad Social con la que se tengan cubiertas las contingencias comunes en el momento de causar alta en este Régimen Especial. La opción de renuncia o cobertura del riesgo que no se formalice con el alta deberá efectuarse antes del 1 de octubre de cada año y surtirá efectos a partir del 1 de enero del año siguiente.

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

Los motivos previstos en la norma son que el cese en la actividad se deba a motivos económicos, técnicos, productivos u organizativos, causas de fuerza mayor, pérdida de licencia administrativa, violencia de género, divorcio o separación matrimonial mediante resolución judicial.

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

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

Disposición final segunda. Modificación de la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos

Arts. 1 y 2

Art. 5.1



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

- b) Por incumplimiento contractual grave del cliente, debidamente acreditado.
- c) Por rescisión de la relación contractual adoptada por causa justificada o injustificada por el cliente.
- d) Por muerte, incapacidad o jubilación del cliente, siempre que impida la continuación de la actividad.

Art. 5.2

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

- a) Aquellos que cesen o interrumpan voluntariamente su actividad.
- b) Las/os trabajadoras/es autónomas/os, que tras cesar su relación con el cliente y percibir la prestación por cese de actividad, vuelvan a contratar con el mismo cliente en el plazo de un año, a contar desde el momento en que se extinguió la prestación, en cuyo caso deberán reintegrar la prestación recibida.»

Art. 4; art 9

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

- Alta en el régimen especial
- Solicitar la baja en el régimen especial correspondiente a causa del Cese de Actividad.
- Período mínimo de cotización de, al menos, los doce meses continuados e inmediatamente anteriores a la situación legal de Cese de Actividad, incluyendo el mes del hecho causante.
- Período mínimo entre 2 prestaciones por Cese de Actividad de 18 meses desde el inicio de la primera.
- Compromiso de actividad y de activa disponibilidad para la reincorporación al mercado de trabajo.
- No tener derecho a la pensión contributiva de jubilación.
- Hallarse al corriente de pago de las cotizaciones en el régimen especial. Cumplimiento de las obligaciones de carácter laboral.

las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

9.1. ¿QUÉ ES LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO?

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

9.2. ¿QUIÉN PAGA?

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

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

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

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

9.5. ¿CÓMO ES EL PROCEDIMIENTO?

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

Los documentos necesarios son:

- Impreso normalizado de la mutua correspondiente o del INSS: solicitud de prestación de riesgo durante el embarazo y la lactancia natural.
- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que asiste a la trabajadora embarazada en el que se acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto. En el caso de riesgo para la lactancia natural será necesario el informe del pediatra.
- Certificación de los Servicios Médicos de la entidad gestora (mutua o INSS) en la que se acredite que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto, o en su caso en la salud de la mujer o del hijo.
- Declaración de la empresa (Servicio de Prevención) en el que se determine que existe el riesgo y que el desarrollo normal del trabajo es incompatible con la salud de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia.
- Declaración de la empresa certificando que en el puesto de trabajo existen riesgos para el embarazo o la lactancia y que no existe posibilidad de cambio de puesto de trabajo.
- Si las trabajadoras son por cuenta propia o autónomas, se incluirá modelo de declaración de situación de actividad.

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

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

las mutuas: todo lo que necesitas saber



9.6. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE LA PRESTACIÓN?

- La situación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural es una suspensión del contrato de trabajo con reserva de puesto, por lo que la trabajadora podrá reincorporarse a su puesto al finalizar la situación.
- Las prestaciones por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural se consideran a todos los efectos como contingencias profesionales.
- No se requiere un período mínimo de cotización para tener derecho al subsidio.
- La cuantía de la prestación es del 100 por cien de la base reguladora por contingencias profesionales.
- La empresa se podrá beneficiar de una bonificación del 100% en las cuotas empresariales a la Seguridad social de las trabajadoras sustituidas durante la suspensión de su contrato laboral por desempleos con contratos de interinidad bonificados y de la bonificación del 100% en las cuotas empresariales a la Seguridad Social de los desempleados contratados como interinos durante el período de suspensión del contrato.
- En caso que la trabajadora sea asignada a un puesto compatible se aplicará una reducción del 50 % de la aportación empresarial en cotizaciones por contingencia común (por las cuotas en permanencia en el nuevo puesto).

Ley 2/2008, Disposición
Adicional

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

LGSS 2015, Cap. X

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

10.1. ¿QUÉ ES?

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

10.2. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS SON NECESARIAS?

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

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

10.3. ¿CUÁNTO SE COBRA?

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

Esta prestación se extinguirá cuando, previo informe del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente,

las mutuas: todo lo que necesitas saber



cese la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente, del hijo o del menor acogido por parte del beneficiario, o cuando el menor cumpla los 18 años.

10.4. ¿QUIÉN PAGA?

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

Ley 35/2014, art 68

11. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

La Ley 35/2014, de 26 de diciembre, obliga a las **Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social**, a desligarse completamente de las Sociedades de Prevención. No obstante, pueden realizar una serie de actividades de prevención de riesgos laborales en sus empresas afiliadas. Estas actividades preventivas, según el artículo 82.3 de la Ley General de la Seguridad Social, son prestaciones asistenciales dirigidas a asistir y reducir los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, comprendiendo también actividades de asesoramiento para adaptar los puestos de trabajo y estructuras y así poder recolocar a las personas accidentadas o que tengan patologías de origen profesional.

Las actividades preventivas a realizar por las mutuas no eximen a las empresas del cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

11.1. ¿CÓMO SE DEFINEN LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS?

Corresponde a la Secretaría de Estado y Seguridad Social establecer la planificación periódica¹⁰ de las actividades preventivas de la Seguridad Social que podrán desarrollar las mutuas, sus criterios, contenido y orden de preferencias, así como tutelar su desarrollo y evaluar su eficacia y eficiencia. Las Comunidades Autónomas que tengan competencia de ejecución compartida en materia de actividades de prevención de riesgos laborales podrán comunicar al órgano de tutela de las Mutuas las actividades que consideren que deban desarrollarse en sus respectivos ámbitos territoriales para que se incorporen a la planificación de las actividades preventivas de la Seguridad Social.

¹⁰ La última Resolución es de 4 de mayo de 2015 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

las mutuas: todo lo que necesitas saber



12. BONUS

RD 404/2010
Ley 35/2014, art. 74

12.1. ¿EN QUÉ CONSISTE?

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

12.2. ¿CUÁNTO SE REDUCE?

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

12.3. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE?

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

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

13. RECLAMACIONES

13.1. ¿CÓMO RECLAMAR EN LA MUTUA?

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

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

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



13.2. RED DE INTERLOCUCIÓN CON LAS MUTUAS

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

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

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

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

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

¿Qué es la reclamación previa?

Para formular demanda en materia de prestaciones de Seguridad Social es requisito que se interponga reclamación previa ante la Entidad gestora de las mismas.

Como ya se ha comentado, se exceptúan el procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por los órganos competentes de las Entidades gestoras de la Seguridad Social al agotarse el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de la prestación de incapacidad temporal.

¿Dónde se realiza?

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

¿Cuál es el plazo?

El plazo es de **treinta días** desde la notificación de la misma (desestimación solicitud de incapacidad permanente, alta por INSS antes de los 365 días, etc.), si es



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

expresa, o desde la fecha en que en función del procedimiento de que se trate, deba entenderse producido el silencio administrativo.

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

¿Hay plazo para responder?

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

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

¿Y después?

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

¿Hay plazo?

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

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

las mutuas: todo lo que necesitas saber



14. MÁS PREGUNTAS

1. ¿Cuáles son los tipos de alta?

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

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

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

2. ¿Existe la posibilidad de alta voluntaria?

La ley no contempla como un derecho la posibilidad de acogerse a un alta voluntaria. Sólo se emitirá el alta, tras un reconocimiento médico, cuando el médico de familia entienda que está restablecida la capacidad laboral y él será el único responsable del alta laboral.

3. ¿Puedo rechazar una baja?

Si el médico determina que una patología impide la realización del trabajo, no se puede rechazar. Cuidado porque si no se recogen los partes, no indica que se esté de alta, lo que puede conllevar la pérdida de la prestación económica pero se sigue en situación de IT.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

4. ¿Se pueden dar bajas anticipadas?

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

5. ¿Se pueden dar bajas retroactivas?

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

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

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

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

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

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

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

10. ¿Y si no quiero realizarme un tratamiento?

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

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

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

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

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

Al ser pluriempleo, se causa baja en las dos empresas. En este caso, cada una de ellas abonará en régimen de pago delegado la parte de la prestación que corresponda a la base por la que se haya cotizado en la empresa.

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

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

- a) Si la otra actividad o empleo es por cuenta ajena, se considera como accidente laboral.
- b) Si la otra actividad es por cuenta propia y es un accidente, se considera como accidente no laboral.
- c) Si la otra actividad es por cuenta propia y no se ha optado por la cobertura de las contingencias profesionales y es enfermedad considerada como accidente de trabajo, se considera como enfermedad común.
- d) Si la otra actividad es por cuenta propia y se ha optado por la cobertura de las contingencias profesionales y es una enfermedad protegida como accidente de trabajo (infarto), se considera como accidente laboral.

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

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

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

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

18. ¿Y si es un país no comunitario?

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

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

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

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

20. ¿Puedo rechazar un alta?

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

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

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

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

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

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

No, en todos los casos. Se pagarían para cubrir el coste de los traslados a los beneficiarios de la asistencia sanitaria derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Asimismo, tendrán derecho a la compensación por gastos de transporte como consecuencia de su comparecencia para la realización de exámenes o valoraciones médicas exigidas por el Equipo de Valoración de Incapacidades.

También tendrán derecho a la citada compensación por gastos de traslado las/os trabajadoras/es que los soporten como consecuencia de su comparecencia ante los órganos del Instituto Nacional de la Seguridad Social competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente, o, en su caso, ante los servicios médicos de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, para la realización de los reconocimientos médicos una vez agotado el plazo de duración máxima de doce meses de la situación de incapacidad temporal.

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

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

En este caso no existe ninguna norma que diga que los procesos de baja se tengan que dar en tiempo y lugar de trabajo o tenga que recuperarse. Lo que habría

las mutuas: todo lo que necesitas saber



que hacer es negociar con la empresa para que no sea perjudicial para el proceso de recuperación.

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

En principio no se pierden, la Jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea estableció que si no han transcurrido más de dieciocho meses a partir del final del año en que se han originado, se podrán disfrutar una vez finalizado el período de IT.

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

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

26. ¿Qué pasa si estoy de baja y soy autónomo y ceso en mi actividad?

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

27. ¿Y si estoy en cese de actividad y paso a IT?

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

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

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

El derecho al subsidio de IT nunca nace de una situación de huelga o cierre patronal, la prestación será únicamente sanitaria, la prestación económica se cobrará



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

desde el día siguiente de terminar la huelga. En el caso de que hubiera IT con anterioridad, continuará percibiendo como hasta ese momento.

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

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

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

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

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

Si, en cambio, es baja por IT **Contingencia Profesional** y se extingue el contrato de trabajo, se seguirá percibiendo la prestación correspondiente a la IT, pasando a la situación de desempleo si cumple los requisitos, tras el alta. En este caso **no agota el tiempo** de desempleo por la de IT.

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

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

32. ¿Y si se termina el “paro” y se continúa de baja?

Se sigue percibiendo la prestación por incapacidad temporal, aunque la cuantía dependerá de si es o no recaída de un proceso médico iniciado durante la vigen-

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



cia del contrato. Si lo es, la prestación se seguirá percibiendo en la misma cuantía; si no, se percibirá en cuantía igual al 80 por ciento del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples mensual (el llamado IPREM).

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

37. Si el INSS me dio el alta y vuelvo a enfermarme, ¿qué hago?

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

38. ¿Cómo se abona la recaída?

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

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

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

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

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

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

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

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



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

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

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

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

42. ¿Si se vuelve a recaer me pueden despedir?

Si es una baja médica por recaída no tendría por qué extinguir la relación laboral. La empresa puede despedir por bajas médicas sólo si son cortas y frecuentes. El art. 52 del Estatuto de los Trabajadores establece que las faltas de asistencia al trabajo, aunque estén justificadas pero que sean intermitentes y alcancen el 20% de la jornada hábil en dos meses seguidos, siempre que el total de faltas de asistencia en los doce meses anteriores alcance el 5% de las jornadas hábiles, o el 25% en cuatro meses continuos dentro de un período de doce meses.

43. Si mi IT llega a los 365 días, ¿quién me paga?

La empresa deja de abonar la prestación en régimen de pago delegado, pero sí deberá cotizar hasta los 545 días.

44. Agotados los 545 días, ¿quién paga?

En este momento, si existe un alta con propuesta de incapacidad permanente, no se deberá incorporar a la empresa y se seguirá cobrando la prestación, hasta que haya notificación del INSS. La empresa dejará de cotizar. No obstante, no se extingue el contrato de la trabajadora o del trabajador, salvo que se declare IP no revisable. En el caso de despido, éste sería improcedente.

Pero si hay alta por agotamiento del plazo máximo, se dejará de cobrar la prestación económica de IT.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

45. Si me dan de alta médica con propuesta de IP, ¿se cuentan los plazos de IT?

En este caso se prorrogan los efectos de la situación de IT hasta que se sepa el grado de incapacidad, pero no se consume tiempo de IT.

46. Cuándo se inicia el expediente de Incapacidad Permanente, ¿se extingue la IT?

La IT se extingue bien por agotamiento del plazo máximo de duración de ésta, bien por ser dado de alta médica con propuesta de incapacidad permanente o bien por acuerdo del Instituto Nacional de la Seguridad Social de iniciación de expediente de incapacidad permanente. En estos casos, el hecho causante es el de la extinción de la incapacidad temporal.

Si la incapacidad permanente no deriva de ninguna baja médica o ésta no se ha extinguido (por no haber llegado al plazo máximo), la fecha del hecho causante es la fecha del dictamen del EVI (tribunal médico).

47. Cuándo la Inspección Médica cursa una propuesta de IP, ¿se deben seguir entregando partes de confirmación?

No. En este caso se está de alta por propuesta de IP, se inicia el proceso que termina cuando el INSS conceda o deniegue la IP. Este tiempo no se computa como tiempo de IT, aunque sí se mantienen los efectos económicos de la misma.

48. Si tengo concedida una IPP o una IPT y vuelvo a trabajar, ¿puedo volver a estar de baja por IT?

Cuando está trabajando en otro sitio distinto de la profesión habitual en caso de IPT o incluso en el mismo con la IPP, sí que se le puede dar la baja por cualquier motivo que interfiera con su nuevo trabajo. No sería posible si se trata de la misma patología que ha sido valorada para la incapacidad.

49. Desde la notificación del INSS por SMS, ¿cuenta ya como notificación?

El mensaje de texto (SMS) no cuenta, el plazo empieza a contar desde la notificación por escrito.

Las mutuas: todo lo que necesitas saber



50. ¿Si presento reclamación previa tengo que ir a trabajar?

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

51. Los días para interponer la reclamación previa, ¿son laborales o naturales?

Son días administrativos, es decir, no se computan domingos ni festivos (sí los sábados).

52. Si no hago reclamación previa, ¿puedo demandar?

Si se te pasan los plazos y no se hace reclamación previa no se puede demandar.

53. Si el INSS me comunica el alta con una fecha y a la empresa no le llega, ¿en qué situación estoy?

Pues hay un vacío legal. Si el INSS te comunica el alta tienes que incorporarte, ya que el INSS sólo paga hasta la fecha de la extinción. Y si no se ha ido a trabajar la empresa no paga tampoco. Determinadas sentencias dicen que hay que pagar hasta la fecha de la notificación pero la realidad es que no se inicia un procedimiento judicial para reclamar unos pocos días de baja médica.

54. Si me conceden la IP y se me extingue la relación laboral, ¿a qué tengo derecho?

La empresa tiene que finiquitar la relación laboral abonando las cuantías económicas que se adeuden (vacaciones). No obstante, no se tendrá derecho a indemnización por suspensión de la relación laboral.

55. Entonces si tengo una IP para la profesión habitual, ¿me reservan el puesto de trabajo?

Si la IP es firme y definitiva la relación laboral se extingue, por lo que no hay posibilidad de volver al trabajo.

Si la IP es revisable por mejoría en el plazo de dos años (máximo). Si pasan más de dos años, ya no existe el derecho de reserva de puesto de trabajo.



Las mutuas: todo lo que necesitas saber

56. Sufrí un AT hace unos meses y el INSS me da una indemnización, ¿eso qué es?

En el caso de que se presente una lesión permanente no invalidante, que incide negativamente en la capacidad laboral, que implica una disminución o alteración de la integridad física, el INSS puede reconocer una Lesión Permanente No Invalidante.

Consiste en una indemnización a tanto alzado según el baremo establecido en la Orden ESS/66/2013.

57. ¿Qué documentos aporto para tramitar la Incapacidad Temporal si soy autónomo?

Debe presentar en la entidad con la que tenga concertado el riesgo, el INSS o la Mutua, en su caso, solicitud de pago directo de la prestación de incapacidad temporal, parte de baja, documento acreditativo de estar al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social, así como declaración de actividad.

58. ¿Qué plazo tengo como trabajadora/or autónomo para presentar la declaración de situación de la actividad?

Sí, tiene la obligación de presentar en el INSS en un plazo de 15 días desde el inicio de la situación de IT, declaración sobre la persona que gestiona directamente el establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza o, en su caso, de cese temporal o definitivo de la actividad a fin de que la Administración pueda verificar la situación en la que queda el establecimiento de que es titular durante la situación de IT.

No es un documento preceptivo, sino obligatorio, por lo que aunque se siga el trámite del expediente, si se reúnen todos los requisitos y se aprueba el expediente, no se pagará el subsidio hasta que se presente la declaración.

59. ¿Puedo denunciar a la mutua?

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



Equipo de Asesoramiento en Salud laboral **CCOO Madrid**

C/ Pedro Unanue, 14
Teléfono: 915365212 Ext.5212
slmadrid@usmr.ccoo.es
www.saludlaboralmadrid.es



Instituto Regional de Seguridad
y Salud en el Trabajo
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA,
EMPLEO Y HACIENDA

Comunidad de Madrid