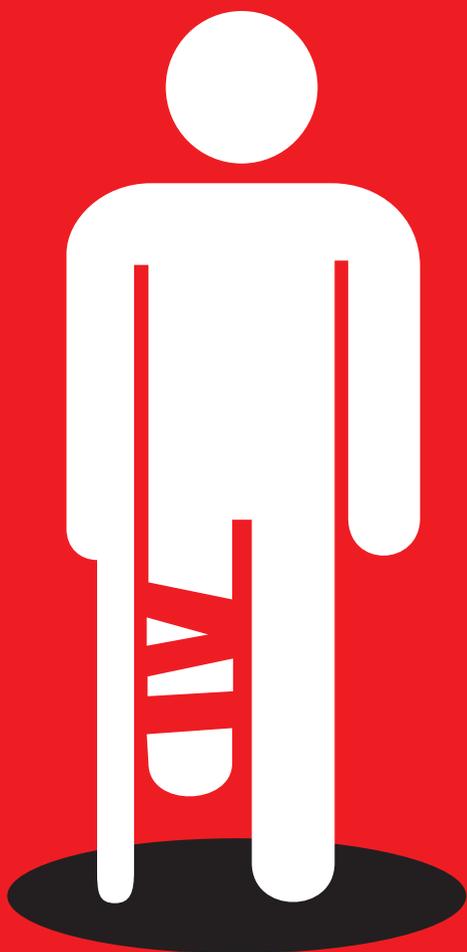


# Incapacidades

Guía de consultas



CAMPAÑA DE PREVENCIÓN  
DE RIESGOS LABORALES



comisiones obreras  
de extremadura

**Edita:**

Comisiones Obreras de Extremadura

**Diseño y maquetación:**

Solugrap. Soluciones gráficas y publicitarias

# Índice

<b>1.</b>	Introducción.....	5
<b>2.</b>	¿Qué es la incapacidad temporal acorde a nuestra normativa?.....	7
<b>3.</b>	Modelos de atención a la salud en España.....	12
<b>4.</b>	Cartera de servicios del sistema nacional de salud.....	14
<b>5.</b>	¿Quién presta la asistencia a la incapacidad temporal?.....	15
	5.1 <i>Sistemas Públicos de Salud</i> .....	16
	5.1 <i>Mutualismo empresarial</i> .....	17
<b>6.</b>	Concepto de accidente de trabajo.....	19
	6.1 <i>Presunción de accidente de trabajo</i> .....	20
<b>7.</b>	El accidente de trabajo in itinere.....	21
<b>8.</b>	Concepto de enfermedad profesional.....	22
<b>9.</b>	Entrada al circuito de la IT.....	23
	9.1 <i>La baja</i> .....	23
	9.2 <i>Siguiendo en baja</i> .....	24
	9.3 <i>Finalización del proceso de la incapacidad temporal. Altas</i> .....	31
<b>10.</b>	¿Qué diferencia económica existe entre la consideración de contingencia común o contingencia profesional?.....	36
<b>11.</b>	Reclamaciones previas administrativas.....	38
	11.1 <i>Procedimiento ordinario de reclamación para procesos IT hasta 365 días</i> .....	38
	11.2 <i>Procedimiento de disconformidad alta médica emitida por el INSS en procesos IT de duración superior a 365 días</i> .....	39
	11.3 <i>Procedimiento de revisión de las altas médicas emitidas por la mutua</i> .....	43
	11.4 <i>Determinación de la contingencia causante</i> .....	48
	11.5 <i>Oficina virtual de reclamaciones</i> .....	50

<b>12.</b>	<b>Incapacidad permanente.....</b>	<b>51</b>
12.1	<i>Calificación y revisión.....</i>	<i>54</i>
12.2	<i>Incapacidad permanente parcial.....</i>	<i>55</i>
12.3	<i>Incapacidad permanente total.....</i>	<i>55</i>
12.4	<i>Incapacidad Permanente Absoluta.....</i>	<i>55</i>
12.5	<i>Gran Invalidez.....</i>	<i>56</i>
<b>13.</b>	<b>Lesiones permanentes no incapacitantes.....</b>	<b>56</b>
<b>14.</b>	<b>Otras actuaciones y prestaciones.....</b>	<b>57</b>
14,1	<i>Hijo enfermo de cáncer o enfermedad muy grave.....</i>	<i>57</i>
14.2	<i>Riesgo embarazo y lactancia natural.....</i>	<i>58</i>
14.3	<i>Gestión del bonus.....</i>	<i>61</i>
14.4	<i>Actividad preventiva de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.....</i>	<i>63</i>
<b>15.</b>	<b>Cuestiones prácticas.....</b>	<b>64</b>

# Introducción

---

Esta guía de consulta forma parte de la Campaña de Análisis de la Prevención de Riesgos Laborales, incluida en el Convenio de Prevención de Riesgos Laborales que CCOO Extremadura lleva a cabo con la Junta de Extremadura, como una de las medidas destinadas al fomento de la Prevención de Riesgos Laborales en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

El objeto de esta guía es poner a disposición de los trabajadores y trabajadoras, así como de los representantes legales de los mismos, una herramienta de consulta que refunda el conjunto de la normativa publicada en los últimos años en materia de situaciones o procesos de incapacidad laboral, así como la actuación de las mutuas en estos procedimientos.

Desde CCOO apostamos por un servicio público de salud con los medios humanos necesarios, con las dotaciones obligatorias y donde el carácter público del mismo sea el máximo garante de universalidad, eficacia y calidad. Por ello entendemos que el papel de las mutuas debe irse reduciendo mientras vamos desarrollando y ampliando nuestro sistema público de salud.

En definitiva, esta guía supone un magnífico instrumento de acción sindical para abordar la complejidad normativa de la gestión de las diferentes incapacidades y para limitar los espacios a las mutuas a lo legalmente establecido, sin que se otorguen un mayor papel al que ya tiene regulado.

Esperando que la guía que tiene en sus manos sirva como herramienta en su trabajo sindical, reciba un cordial saludo.

Secretaría Salud Laboral CCOO Extremadura.



## 2. ¿Qué es la incapacidad temporal acorde a nuestra normativa?

El Artículo 169 de la **Ley General de la Seguridad Social**, Real Decreto Legislativo 8/2015, nos da el concepto sobre el que vamos a pormenorizar. Así, en el artículo 169.1, se indican que situaciones determinantes tendrán la consideración de **incapacidad temporal**:

**A.** Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de **trescientos sesenta y cinco días**, prorrogables por otros **ciento ochenta días** cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

**B.** Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de **seis meses**, prorrogables por otros **seis** cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Por tanto, la prestación por incapacidad temporal tiene la finalidad de proteger a la persona que padece un daño, incompatible con su actividad laboral, afectación que se supone que tendrá una curación en un tiempo determinado (máximo 365 días) y que tiene su origen tanto en una exposición a las condiciones del trabajo que realiza (contingencia profesional) o a una exposición ajena a la actividad profesional (contingencia común), que se definen a continuación:

### **Contingencia Común:**

Se habla de contingencia común cuando se produce un accidente no laboral o se padece una enfermedad no relacionada con el trabajo.

### **Contingencia Profesional:**

Se trata de contingencia profesional cuando el daño está originado en el ámbito laboral. Este concepto incluye tanto los accidentes laborales como las enfermedades profesionales.

Sigue el art. 169 en su punto 2 que a efectos del período máximo de duración de la situación de incapacidad temporal que se señala en la letra a) del apartado anterior, y de su posible prórroga, se computarán los períodos de **recaída** y de **observación**. Ambos periodos de 6 meses.

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

## Importante:

**A.** La persona tiene que tener una dolencia tal que le impida su **trabajo habitual**. En España la Incapacidad temporal lo es para el trabajo habitual, no para cualquier trabajo. Por tanto, si la persona no puede ejercer las funciones básicas de lo que constituye su trabajo habitual, tendrá derecho a que el facultativo o facultativa que le atiende le **extienda la baja**.

**B.** La extensión de la baja implica que no sirve ni la recolocación en otro puesto ni el descanso preventivo sin baja, ni el diseño de tareas donde supuestamente no vayan a afectar a la curación.

**Por ello, si la salud es incompatible con las funciones habituales del puesto, ello tiene que ser igual a la extensión de la baja.**

**C.** La persona afectada por una incapacidad temporal recibirá asistencia médico-rehabilitadora, con la previsión de que en un tiempo máximo de **365 días** existirá una recuperación para el ejercicio de las funciones del puesto habitual. Es fundamental que, desde su inicio, se prevea que tendrá curación antes de 365 días.

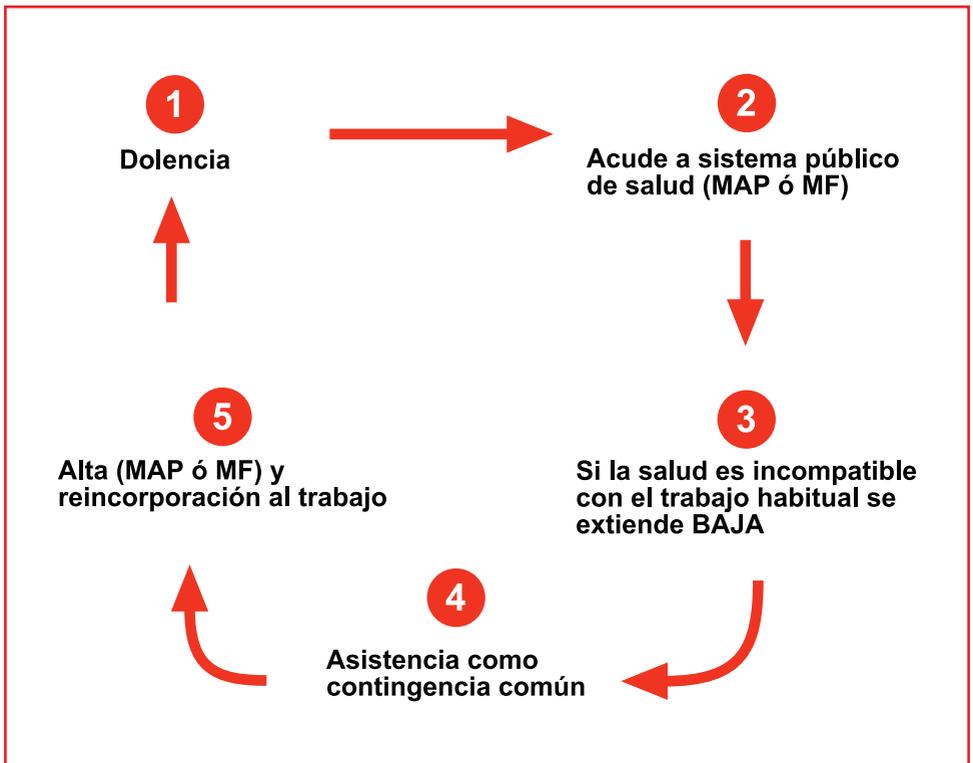
**D.** La pérdida de salud con asistencia sanitaria implica la baja y, por tanto, la suspensión del contrato de trabajo, que implica que no haya ingresos salariales. De ahí que está prevista una **prestación económica** paliativa y unida de forma ineludible a la situación de incapacidad temporal. En el presente documento, veremos la necesidad de un periodo de carencia de cotización, es decir, tener un periodo de tiempo cotizado para tener derecho a prestación económica en el caso de enfermedad común, no siendo exigible ese periodo de cotización mínimo en caso de contingencias profesionales.

Por tanto:

**A.** La persona tiene que tener una **baja** emitida por un facultativo/a sea del sistema público de salud para contingencia común, o, de mutua o empresa autoaseguradora en el caso de contingencia profesional. De la extensión de dicha baja se deduce que la situación de salud es incompatible con el trabajo habitual.

**B.** Si el daño ocurre **en tiempo y lugar de trabajo**, la persona deberá acudir a su mutua, poniéndose en marcha el procedimiento que establece el **RD 625/2014. Artículo 3.2** (Gráfico 2):

**Ciclo de atención en sistema público de salud de una contingencia común.**



## Ciclo de atención en sistema mutua por daño “presumiblemente” como profesional.



En el gráfico precedente, si el daño ocurre **en tiempo y lugar de trabajo**, tiene la presunción de accidente de trabajo, por lo que hay que acudir a la mutua que tenga la cobertura para ser atendido. La mutua recibirá el caso y si el profesional que atiende, estima que la situación de salud es incompatible con el trabajo habitual (como en el gráfico 1 hace el MF ó MAP) el facultativo de la mutua extiende la baja, emitiendo la empresa, a partir de ahí, el parte de accidente de trabajo.

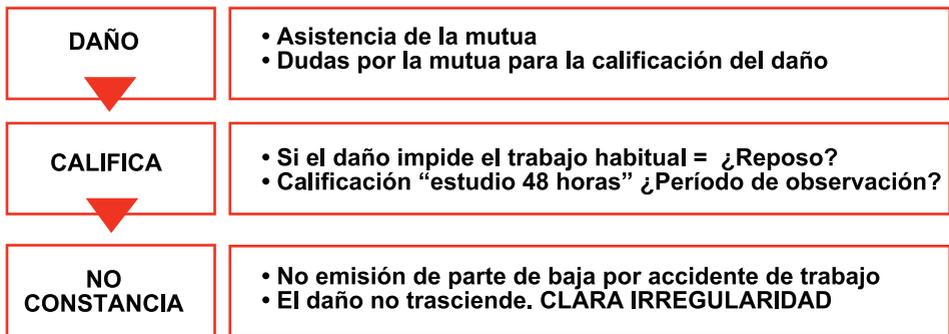
Como alternativa, cabe la posibilidad que quien atiende en la mutua, piense que la situación merece la baja médica, pero que la dolencia no es de origen profesional; por lo que remite al paciente al MF ó MAP del sistema público de salud con un informe motivado donde el profesional de la mutua sostiene y argumenta con las pruebas efectuadas y relacionadas que el daño no tiene un origen laboral.

Por tanto, en los casos en los cuales la salud sea incompatible con el trabajo habitual, corresponde primero **extender la baja**, pudiendo, en fases posteriores, plantear dudas para la calificación del origen del daño, que puede ser accidente de trabajo o enfermedad común. Para ello se derivará al Instituto Nacional de la Seguridad Social, **INSS**, que tiene la competencia de determinar la contingencia, en última instancia.

**No sirven** figuras alternativas a la baja tales como los **descansos preventivos**, las **recolocaciones en trabajos adaptados**, **reposos**... La Inspección de Trabajo frente a estas opciones de empresa o mutua ha dejado claro que el procedimiento es el visto en el artículo 3.2. RD 625/2014. Como trabajadores y trabajadoras o sus representantes legales, tenemos el deber de denunciar las situaciones que tienden a la infradeclaración o subregistro de los daños producidos por exposición en el ámbito laboral:

En el **gráfico 3** se relaciona una práctica que, aunque sucede de forma habitual, **NO ES CORRECTA**, ya que se priva al trabajador/a de sus derechos en situación de baja y se hurta al sistema información imprescindible para articular medidas preventivas y reparadoras adecuadas.

**Procedimiento de actuación NO CORRECTO.**



Lo que corresponde tras la asistencia, es la extensión de la baja y que siga el curso de atención como accidente de trabajo o su remisión al sistema público para que se atienda como enfermedad común, con la posibilidad de recurrir al INSS para que sea quien en última instancia califique el daño.

### 3. Modelos de atención a la salud en España.

---

Dependiendo de la calificación del daño, la atención será diferente. En España, como veremos expuesto en la siguiente tabla, existen dos modelos concurrentes de atención a la salud, que conviven diferenciados, pero con vasos comunicantes. Hay un sistema que se nutre por cuotas que son abonadas por las personas trabajadoras y sus empleadores por el motivo de estar de alta, trabajando y cotizando. A su vez, está un sistema de atención a la salud que se financia por impuestos públicos y trata de dar servicio de forma universal a todas las personas, sean activas o no, que han perdido la salud.

Por tanto, hemos diferenciado los **sistemas públicos de salud**, de las 17 Comunidades Autónomas, que proveen asistencia sanitaria casi universal y el modelo de **mutualismo laboral**. Este último colabora en la gestión de las cuotas de Seguridad Social y dispensa las prestaciones económicas, además de la asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedad profesional, para personas trabajadoras **activas** y **cotizando**. Dos modelos y dos filosofías de atender a la salud y al pago de prestaciones.



Tabla 1: Calificación de los daños. Contingencia común y contingencia profesional

	<b>Sistema público de salud (SPS)</b>	<b>Mutualismo empresarial (Mutuas)</b>
<b>Dirección de la entidad que presta el servicio</b>	Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas por la obligación de reparar las pérdidas de salud	Ministerio de Trabajo / Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Gestión de prestaciones económicas para paliar estados de necesidad
<b>Financiación</b>	Impuestos transferidos	Cuotas de Seguridad Social
<b>Objeto de actuación</b>	Contingencia común: accidente no laboral y enfermedad común	Contingencia profesional: accidente de trabajo y enfermedad profesional
<b>Objetivo</b>	Asistencia general a la pérdida de la salud.	Criterios de salud cruzados con aspectos economicistas de gestión de prestaciones
<b>Órgano dirección y tutela</b>	Consejerías de sanidad de las Comunidades Autónomas	Dirección General de Ordenación de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social
<b>Competencias</b>	Baja, confirmación y alta de las contingencias comunes	Baja, confirmación y alta de las contingencias profesionales
<b>Facultades</b>	Asistencia sanitaria para las contingencias comunes	Asistencia sanitaria para la contingencia profesional y pago de prestaciones del sistema de Seguridad Social
<b>Control interno</b>	Inspección médica del sistema público de salud	Inspección médica entidades gestoras (INSS / ISM)
<b>Interacción</b>	Extiende la baja a efectos de salud que permite acceso a una prestación económica de Seguridad Social	Control procesos de baja por contingencia común que paga y propuestas de alta a las inspecciones médicas si considera una baja que motivadamente no es incompatible con el trabajo
<b>Problema principal</b>	Listas de espera, falta de recursos, recortes	No reconocimiento de daños de origen profesional y desvío de casos a los sistemas públicos de salud
<b>Problema de gestión</b>	Asistencia sanitaria controlada por la entidad privada / mutua al proponer altas y cuestionar el criterio médico de la baja	Al pagar prestaciones exigen competencias para extender altas por contingencia común y así cesar pago prestaciones

## 4. Cartera de servicios del sistema nacional de salud.

---

- La persona recibirá un tratamiento dentro de la cartera de servicios del sistema nacional de salud.

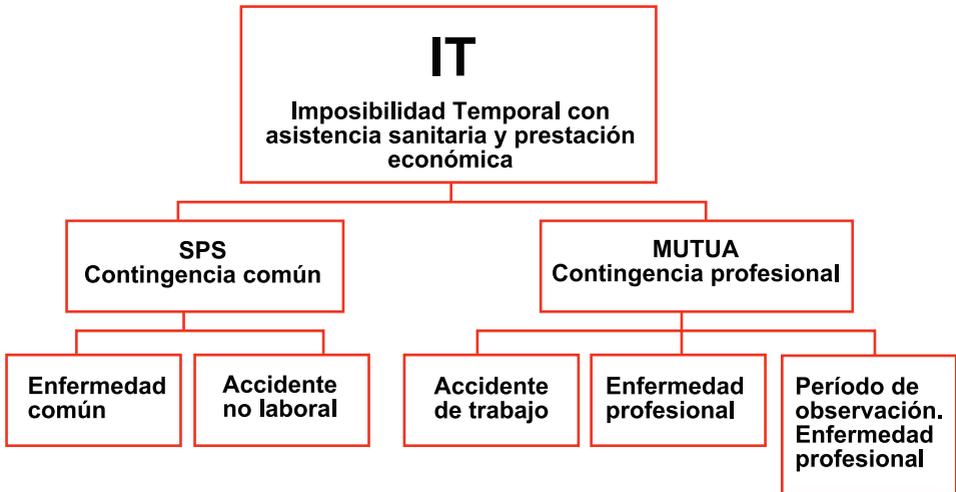
¿Qué es la **cartera de servicios** del sistema nacional de salud?

El **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de septiembre, establece el contenido de la Cartera de **servicios comunes** del Sistema Nacional de Salud correspondiente a prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación productos dietéticos y prestación de transporte sanitario.

Por tanto, son los servicios y prestaciones mínimas a las que todo ciudadano tiene derecho respecto a los sistemas públicos de salud.

*Por ejemplo: no se contemplan implantes capilares estéticos, implantes dentales, cirugía correctora de la miopía. Es decir, una persona que se haga una cirugía estética que no esté en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, podrá tener una baja a efectos de salud por incompatibilidad laboral, pero **sin derecho** a una prestación económica del sistema de protección de la Seguridad Social. Subsidio que sí correspondería en situación de incapacidad temporal si el tratamiento estuviese en la mencionada cartera de servicios del sistema nacional de salud.*

Se prevé una curación, en un tiempo determinado, que se sitúa en **365 días**.



## 5. ¿Quién presta la asistencia a la incapacidad temporal?

La persona se encuentra imposibilitada temporalmente para trabajar en el puesto habitual, recibiendo una asistencia sanitaria y percibiendo una prestación económica, entrando, por tanto, en juego dos agentes clave en el proceso, que, como se verá más adelante a lo largo de este documento, son:

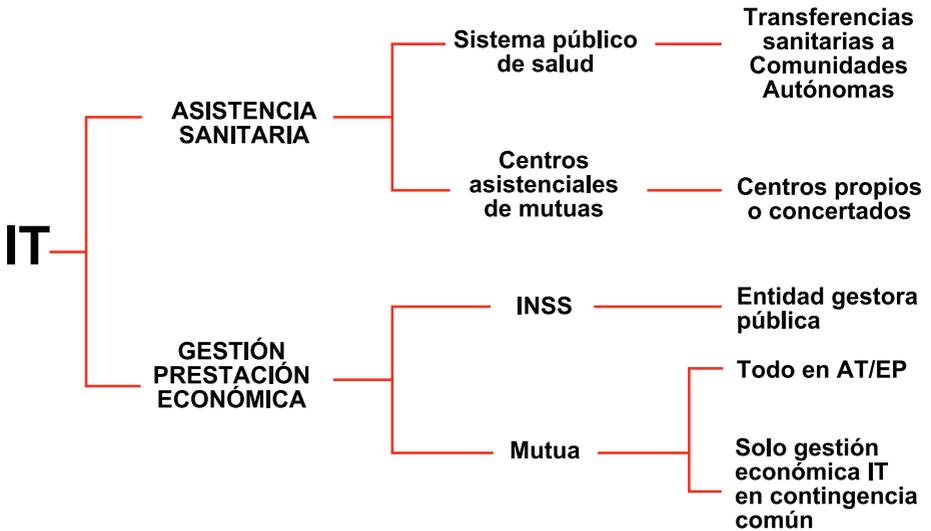
### 1. Quien presta la **asistencia sanitaria**:

- En caso de contingencia común, el sistema público de salud.
- En caso de contingencia profesional, las mutuas.

### 2. Quien gestiona y controla el acceso al derecho a la **prestación económica**:

- En el caso de contingencia común es el INSS, como entidad gestora pública competente, o la mutua, si el empresario opta por ello.
- En el caso de contingencia profesional, las mutuas.

En todos los casos, el INSS conserva la competencia última para la determinación de la contingencia en vía administrativa.



## 5.1 Sistemas Públicos de Salud

La Constitución Española establece en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Las normas que han hecho efectivo este derecho han sido, entre otras, la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley General de Salud Pública de 2011.

Teniendo en cuenta que las competencias sanitarias están transferidas a las Comunidades Autónomas, existe una Ley de cohesión y calidad, a la vez que de medidas para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, es decir, el Ministerio de Sanidad coordina por medio del Consejo Intergubernamental de Salud, pero la ejecución de la asistencia sanitaria es competencia de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, quienes reciben las transferencias de los recursos económicos vía impuestos para satisfacer sus obligaciones sanitario-asistenciales.

Los Sistemas Públicos de Salud, son competentes para tratar las contingencias comunes y extender las bajas por enfermedad común y accidente no laboral.

## 5.2 Mutualismo empresarial

---

El establecimiento de **mutualidades** para la atención del daño profesional consiste en un régimen de prestaciones, *mutuas*, entre los miembros de una entidad, entendida esta última como una asociación, en este caso de empresarios, con régimen de prestaciones recíprocas, responsabilidad mancomunada y dirección conjunta entre los integrantes de esa mutualidad. Dándose la circunstancia que, si los recursos aportados en común son insuficientes, se hace una *derrama proporcional* entre los miembros y si esos recursos son excedentarios al final del periodo se hace un reparto de los mismos en forma de extornos, es decir, la parte de la prima aportada que la entidad devuelve por ser mayor la provisión de los recursos que las necesidades de cobertura para los que se aprovisionaron.

El modelo de Seguridad Social incorporó al régimen público los aseguramientos sociales obligatorios por estados de necesidad derivados de las diversas situaciones, tales como, accidente de trabajo, enfermedad profesional, paro involuntario, enfermedad común, accidente no laboral, jubilación, invalidez permanente..., consolidando la **gestión privada** para la atención del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, con la presencia de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, hoy “**Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social**”, que de acuerdo al artículo 80 de la Ley General de la Seguridad Social, se definen como las asociaciones **privadas** de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de este, que tienen por finalidad **colaborar** en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, **sin ánimo de lucro** y asumiendo sus asociados **responsabilidad mancomunada** en los supuestos y con el alcance establecidos en la ley.

Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, una vez constituidas, adquieren personalidad jurídica y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines en todo el territorio del Estado, teniendo por objeto el desarrollo, mediante la colaboración con el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, de las siguientes actividades de la Seguridad Social:

a) La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora.

b) La gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

c) La gestión de las prestaciones por riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

d) La gestión de las prestaciones económicas por cese en la actividad de los trabajadores por cuenta propia.

e) La gestión de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

f) Las demás actividades de la Seguridad Social que les sean atribuidas legalmente.

La colaboración de las mutuas en la gestión de la Seguridad Social no podrá servir de fundamento a operaciones de lucro mercantil ni comprenderá actividades de captación de empresas asociadas o de trabajadores adheridos. Tampoco podrá dar lugar a la concesión de beneficios de ninguna clase a favor de los empresarios asociados, ni a la sustitución de estos en las obligaciones que les correspondan por su condición de empresarios.

**Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social forman parte del sector público estatal de carácter administrativo, de conformidad con la naturaleza pública de sus funciones y de los recursos económicos que gestionan, sin perjuicio de la naturaleza privada de la entidad.**

## 6. Concepto de accidente de trabajo

---

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

- Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.
- Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical.
- Los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos representativos.
- Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades, no incluidas en el artículo 156 de la Ley General de la Seguridad Social, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por **causa exclusiva** la ejecución del mismo.
- Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

## 6.1 Presunción de accidente de trabajo

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. Por tanto, la carga de la prueba recae sobre quien pretende demostrar que el accidente NO ha sido de trabajo, siempre que el mismo haya sucedido en tiempo y lugar de trabajo.

Es decir, los daños que ocurren en tiempo y lugar de trabajo gozan de esta presunción de que se consideren accidentes de trabajo. Quien niega el hecho tendrá que “demostrar” que efectivamente ese daño no se deriva del trabajo que se realiza.

### **No tendrán la consideración de accidente de trabajo:**

- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por esta la que sea de tal naturaleza que no guarde relación alguna con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.
- Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

### **No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:**

- La imprudencia profesional que sea consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se derive de la confianza que este inspira.
- La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.



## 7. El accidente de trabajo in itinere

Es una ampliación por parte de la jurisprudencia del concepto de accidente de trabajo, con el objetivo de dar cobertura y protección a aquellas situaciones que producen un daño para la persona trabajadora en su desplazamiento de ida y vuelta al lugar de trabajo, puesto que esta particularidad, está expresamente ligada con la actividad laboral.

Para la consideración del **accidente in itinere**, deben darse una concurrencia de factores:

- Recorrido habitual ida y vuelta al trabajo.
- Recorrido normal del domicilio al lugar de trabajo.
- Desplazamiento con la finalidad principal y directa de acudir o volver del trabajo.
- En el tiempo habitual de desplazamiento.
- Sin interrupciones que rompan ese itinerario habitual.
- Que el trayecto se haga en un medio de transporte normal.
- Sin actuación que suponga imprudencia grave o temeraria.

Por tanto, el accidente in itinere es una protección de la situación accidental de ida y vuelta al trabajo por las correlaciones que tiene con el trabajo y es una extensión jurisprudencial particular. La casuística se dirime, la mayor parte de las veces, en los juzgados y ha sido la jurisprudencia la que ha delimitado lo que obtiene o no la protección del accidente de trabajo, en el especial caso del In Itinere.



## 8. Concepto de enfermedad profesional.

Se entenderá por **enfermedad profesional** la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley, hoy en el **Real Decreto 1299/2006** y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

El trabajador o trabajadora acudirá a la mutua si considera que su enfermedad es de origen laboral o que se debe a la exposición en el puesto de trabajo. La mutua puede:

- Iniciar un procedimiento de **observación**, no superior a 6 meses.
- Reconocer la enfermedad profesional y cumplimentar el parte **CE-PROSS**. Dicho parte se remite a la Seguridad Social.

El listado de enfermedades profesionales que relaciona patologías, sectores de actividad y dolencias está establecido en el Real Decreto 1299/2006.



## 9. Entrada al circuito de la IT.

---

### 9.1 La baja.

Una vez se haya producido el daño o dolencia, en el caso de que exista tal derecho, quien extiende la baja y da acceso al sistema de protección de la Seguridad Social es un facultativo o facultativa con competencias para ello.

Por tanto, no cogemos la baja, sino que nos **extienden la baja**.

- En el caso de la contingencia profesional la atribución la tiene el personal médico de la mutua.
- En el caso de la contingencia común, tal competencia le corresponde al personal facultativo de atención primaria.

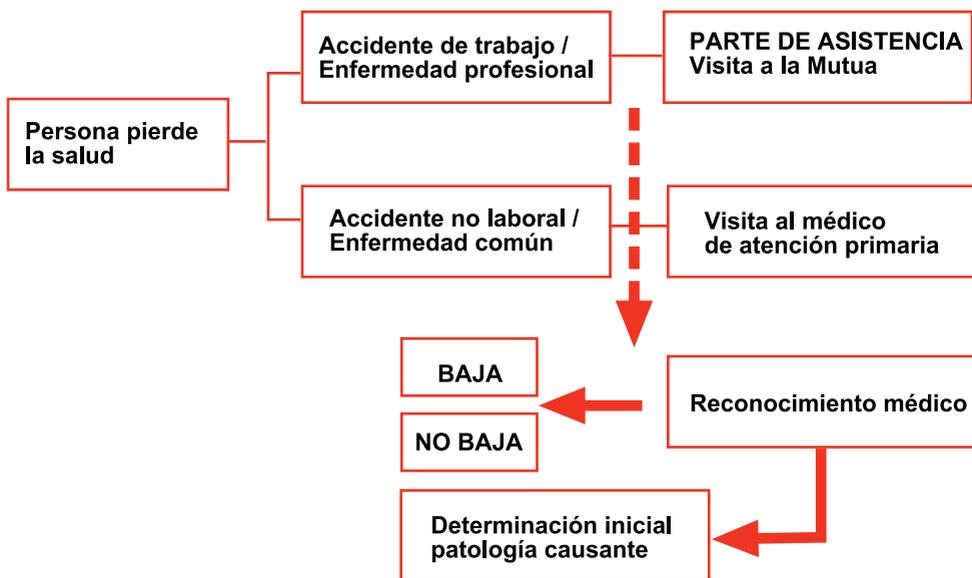
En ambos casos se hace un reconocimiento médico a la persona trabajadora y a criterio del **personal médico**, viendo si el estado de salud es incompatible con el trabajo que realiza, extiende la baja, provee la asistencia sanitaria o hace la derivación a las especialidades médicas que corresponda.

Si es **contingencia profesional** la baja la extiende el facultativo o facultativa de la mutua y atienden en centros sanitarios asistenciales propios o concertados de las mutuas. Toda la asistencia, traslados, productos de farmacia, cirugía, prótesis, rehabilitación y prestaciones que se requieran van a cargo de la entidad colaboradora o mutua y no deben tener repercusión alguna sobre la persona trabajadora afectada. Incluso tras la atención se pueden solicitar “prestaciones especiales” que van más allá de la cartera de servicios habitual del sistema nacional de salud y consisten en ayudas de acción social que tratan de paliar estados de necesidad de la persona afectada por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

En caso de sufrir un accidente de trabajo, la persona acudirá a la mutua con el **parte de asistencia** que le facilitará la empresa, siendo éste un documento de una página que identifica a la persona accidentada, la empresa de donde viene y la mutua que le corresponde. De tal modo que es una prueba para la presunción de que el daño ha sido en tiempo y lugar de trabajo.

Si se confirma el accidente de trabajo la empresa cumplimenta el **parte de accidente** con el modelo Delt@. La empresa tiene 5 días para su cumplimentación y envío a la mutua. Esta última tiene 10 días más para completar los epígrafes y remitir el parte de accidente Delt@ a la Autoridad Laboral correspondiente de la Comunidad Autónoma.

Si es **contingencia común** la baja la extiende el facultativo o facultativa del sistema público de salud, medicina de familia o atención primaria, y, la asistencia la prestan los centros públicos o concertados del sistema público de salud.



La persona puede encontrarse, por tanto, en situación de baja o sin baja, recibiendo en ambos casos la asistencia sanitaria necesaria.

## 9.2 Siguiendo en baja.

### 9.2.1 Partes de confirmación

Una vez que se extiende la baja, el profesional médico responsable de la misma y su seguimiento, fija una nueva cita periódica para el seguimiento de la evolución del tratamiento y la recuperación de la salud del paciente.

Los periodos temporales quedan establecidos de la siguiente forma:

- En los procesos de duración estimada muy corta, **inferior a 5 días**.
- No procederá la emisión de partes de confirmación, salvo que se amplíe la duración del proceso de IT, procediéndose a emitir en el mismo acto el parte de baja y alta.
- De tal modo que el alta puede coincidir con el día de la baja o los tres días naturales siguientes a esta.
- Procesos de duración estimada corta: **entre 5 y 30 días**.
- El primer parte de confirmación se expedirá en un plazo máximo de siete días naturales desde la fecha de la baja médica. El segundo y sucesivos partes de confirmación se expedirán cada catorce días naturales, como máximo.
- Procesos de duración estimada media: **entre 31 y 60 días**.
- El primer parte de confirmación se expedirá en un plazo máximo de siete días naturales desde la fecha de la baja médica. El segundo y sucesivos partes de confirmación se expedirán cada veintiocho días naturales, como máximo.
- Procesos de duración estimada larga: de **61 días en adelante**.
- El primer parte de confirmación se expedirá en un plazo máximo de catorce días naturales desde la fecha de la baja médica. El segundo y sucesivos partes de confirmación se expedirán cada treinta y cinco días naturales, como máximo.



Tabla 2: Periodificación establecida.

Procesos	Baja	Revisión médica	Confirmación	Alta
Duración estimada menos 5 días naturales.	En el mismo acto médico se procede a la baja y al alta.			
Duración estimada entre 5 y 30 días naturales.	Extensión de la baja	Máx 7 días tras la baja.		
Se extiende el alta.				
Se confirma la baja.	Máx. cada 14 días naturales entre sí.			
(Siempre si se modifica diagnóstico)				
Duración estimada entre 31 y 60 días naturales.	Extensión de la baja	Máx 7 días tras la baja.		
- Se extiende el alta.				
- Se confirma la baja.	Máx. cada 28 días naturales entre sí.			
(2º parte confirmación incluirá un informe médico complementario)				
Duración estimada 61 días naturales ó más.	Extensión de la baja	Máx 14 días tras la baja.		
- Se extiende el alta.				
- Se confirma la baja.	Máx. cada 35 días naturales entre sí.			

### 9.2.2 Modificación o actualización del diagnóstico o una variación de la duración estimada.

Producida una modificación o actualización del diagnóstico o una variación de la duración estimada en función de la evolución sanitaria del trabajador, se emitirá un parte de confirmación en el que se hará constar el diagnóstico actualizado, la nueva duración estimada y la fecha de la siguiente revisión. Los siguientes partes de confirmación se expedirán en función de la nueva duración estimada.

### 9.2.3 Entrega de ejemplares al trabajador

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

### 9.2.4 Informes complementarios e informes de control

En los procesos de incapacidad temporal cuya gestión corresponda al servicio público de salud y su duración prevista sea superior a 30 días naturales, el segundo parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario expedido por el facultativo que haya extendido el parte anterior, en el que se incluirán:

- Expedición por el facultativo que atiende y extiende la baja.
- Dolencias de la persona.
- Diagnóstico.
- Tratamiento prescrito.
- Pruebas médicas realizadas.
- Evolución e incidencia en la capacidad de la persona para su trabajo habitual.

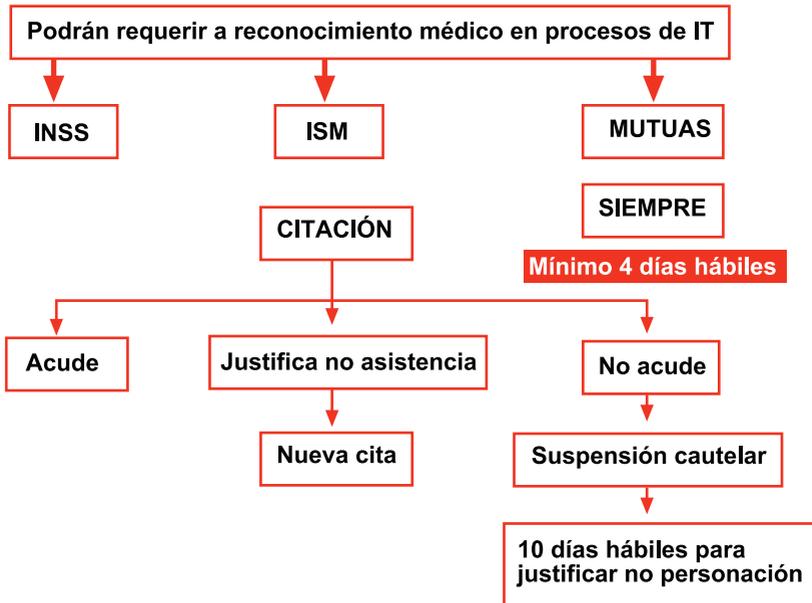
Dichos informes complementarios serán necesariamente **actualizados** cada dos partes de confirmación.

**Trimestralmente, la inspección médica del sistema público de salud** hará un “Informe de control” de la IT, en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal del trabajador.

## 9.2.5 Requerimiento a trabajadores para reconocimiento médico

El Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por los inspectores médicos de dichas entidades gestoras. Igual facultad corresponderá a las mutuas, respecto de los beneficiarios de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes incluidos en su ámbito de gestión, para que sean reconocidos por los médicos dependientes de las mismas.

La citación a reconocimiento médico habrá de comunicarse al trabajador con una **antelación mínima de cuatro días hábiles**. En dicha citación se le informará de que, en caso de no acudir al reconocimiento, se procederá a suspender cautelarmente la prestación económica, y que si la falta de personación no queda justificada en el plazo de diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se procederá a la extinción del derecho al subsidio. Si el trabajador justificara, antes de la fecha fijada para el reconocimiento médico o en ese mismo día, las razones que le impiden comparecer al mismo, la entidad gestora o mutua, podrá fijar una fecha posterior para su realización, comunicándolo al interesado con la antelación mínima ya indicada.



Todas las citaciones que se hagan a los trabajadores tienen que ser por medios que dejen constancia de la recepción de esa cita: carta certificada, burofax... Además, ha de citarse con una antelación mínima de 4 días hábiles desde la recepción a la fecha de la cita.

No hay que transmitir información de salud a través del teléfono, ya que, si llama la mutua, ésta debe tener los datos que le facilitan el INSS y los sistemas públicos de salud sobre el proceso de IT que interesa y gestiona la mutua. Otros datos que se soliciten sólo se aportaran si el trabajador quiere, no estando obligado a ello.

Si a la persona en baja por IT le llaman desde ámbitos distintos a la mutua para el control de la IT, sólo se podrán usar los datos si el trabajador presta su consentimiento para ello.

Ante la duda siempre se recomienda no responder a lo que se solicita por teléfono y presentar aquella información en la cita formal que se haga para reconocimiento médico.

En la relación con las mutuas, las empresas de control de absentismo y cualquier servicio médico son aplicables los criterios de la Ley Básica del Paciente, sus desarrollos en las Comunidades Autónomas, así como las garantías de la Ley Orgánica de Protección de Datos.



El facultativo del servicio público de salud o el facultativo de la mutua si se trata de contingencia profesional a cargo de la misma, cuando emita el último parte de confirmación anterior al agotamiento de los 365 días naturales de duración, comunicará al trabajador en el acto de reconocimiento médico que, una vez agotado el referido plazo, el control del proceso corresponderá en lo sucesivo al INSS en los términos establecidos en el artículo 170 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, informándole de que no emitirá más partes de confirmación. Todo ello sin perjuicio de que el servicio público de salud o la mutua le sigan prestando la asistencia sanitaria que aconseje su estado.

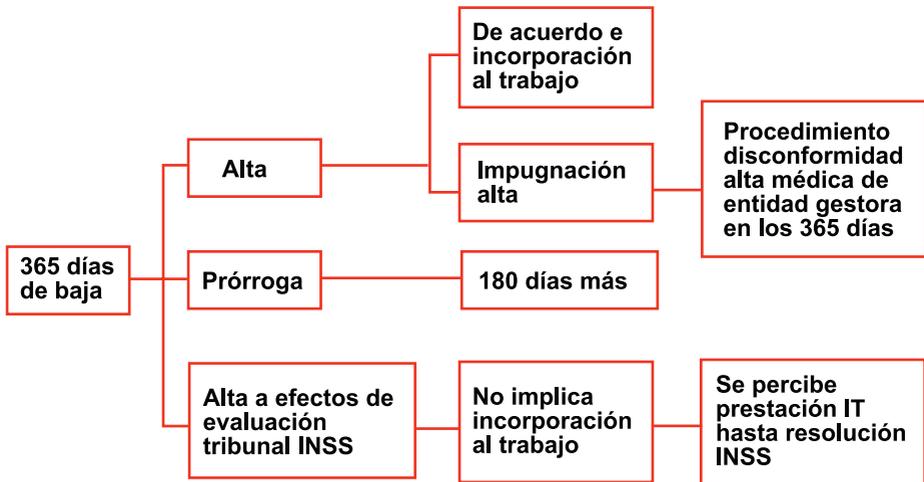
A tal efecto, en dicho parte de confirmación, el facultativo, en lugar de la fecha de la siguiente revisión médica, cumplimentará el apartado correspondiente al pase a control por el INSS, señalando el día de cumplimiento de los 365 días naturales en situación de IT.

El servicio público de salud comunicará telemáticamente al INSS la fecha del agotamiento de los 365 días de manera inmediata a su cumplimiento y, en todo caso, no más tarde del primer día hábil siguiente.



Como ha quedado reflejado en puntos anteriores, agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días indicado en el apartado anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien

para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal producida, por la misma o similar patología, en los ciento ochenta días naturales posteriores a la citada alta médica.



### 9.3 Finalización del proceso de la incapacidad temporal. Altas.

Los motivos por los que se da el alta a una persona que estaba en incapacidad temporal son:

- Curación
- Mejoría que permite trabajar
- Incomparecencia (el paciente no asiste a la cita programada por su médico)
- Jubilación
- Fallecimiento
- Parto, por lo que pasa a la situación de Informe maternal
- Agotamiento de plazo (cumple 365 días en IT) por lo que pasa al control directo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

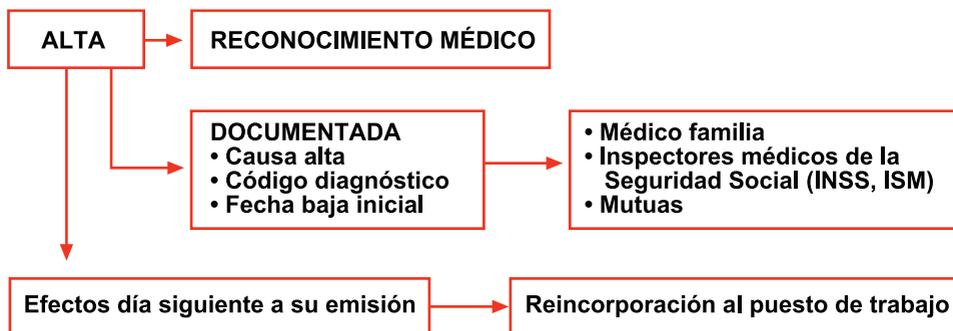
### 9.3.1 Alta médica emitida en procesos IT de duración inferior a 365 días.

En los procesos derivados de **contingencias comunes**, los partes de alta médica se emitirán tras el reconocimiento del trabajador por el correspondiente facultativo del servicio público de salud. Asimismo, los partes de alta médica podrán también ser extendidos por los inspectores médicos del servicio público de salud, o del Instituto Nacional de la Seguridad Social tras el reconocimiento médico del trabajador afectado.

El alta médica extinguirá el proceso de incapacidad temporal del trabajador con efectos del **día siguiente** al de su emisión, sin perjuicio de que el referido servicio público, en su caso, siga prestando al trabajador la asistencia sanitaria que considere conveniente.

Los partes médicos de alta por contingencias comunes se comunicarán a las mutuas, en el caso de trabajadores protegidos por las mismas, debiendo éstas comunicar a la empresa la extinción del derecho, su causa y la fecha de efectos de la misma.

En los procesos originados por **contingencias profesionales**, el parte médico de alta se expedirá por el facultativo o inspector médico del servicio público de salud o por el inspector médico adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social, o por el médico dependiente de la mutua a la que corresponda la gestión del proceso, siendo asimismo de aplicación las condiciones establecidas en los procesos derivados por contingencia común, y el alcance de sus efectos.



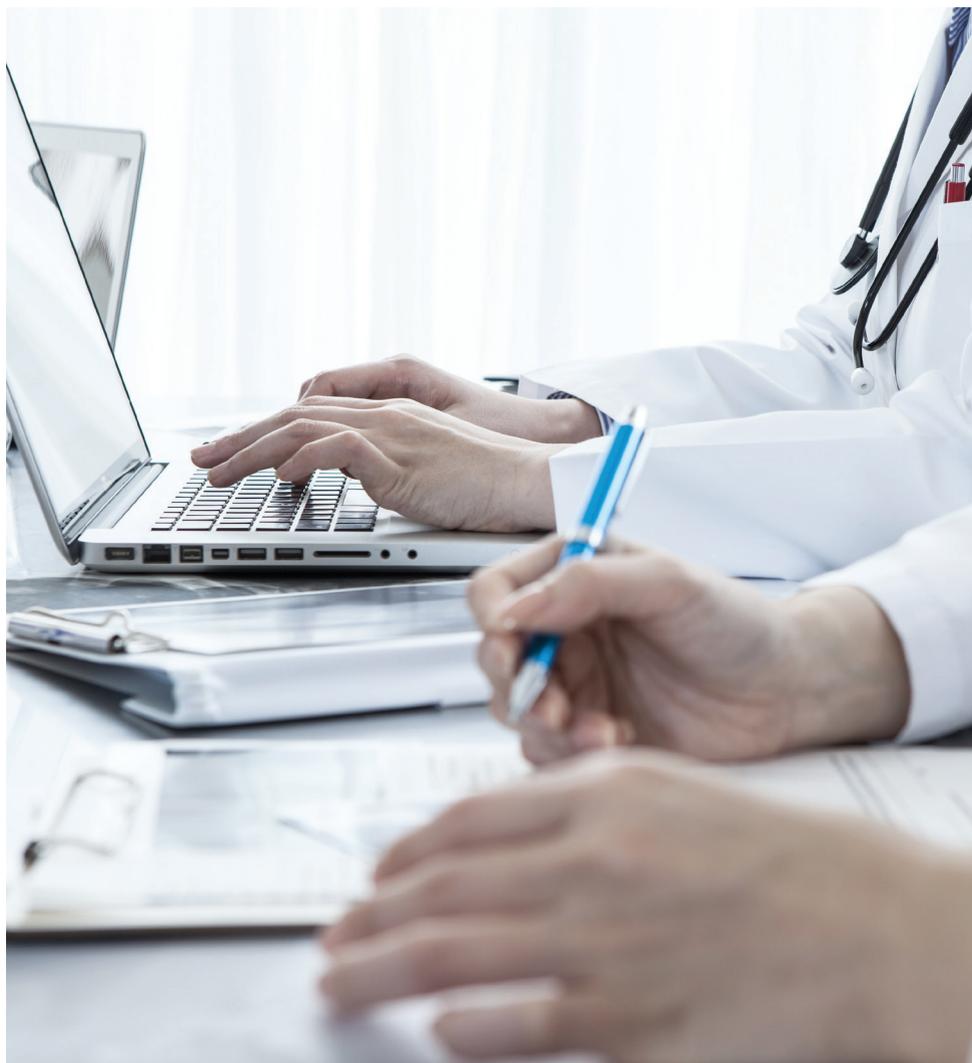
### 9.3.2 Alta médica emitida en procesos IT de duración superior a 365 días.

Como ha quedado reflejado en el apartado “Cumplimiento de los 365 día en IT”, agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días indicado en el apartado anterior, el **Instituto Nacional de la Seguridad Social**, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de **prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más**, o bien para determinar la **iniciación de un expediente de incapacidad permanente**, o bien para **emitir el alta médica**, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Además, en el supuesto de que el Instituto Nacional de la Seguridad Social emita resolución por la que se acuerde el alta médica, conforme a lo indicado en el párrafo anterior, cesará la colaboración obligatoria de las empresas en el pago de la prestación el día en que se dicte dicha resolución, abonándose directamente por la entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social el subsidio correspondiente durante el periodo que transcurra entre la fecha de la citada resolución y su notificación al interesado. Las empresas que colaboren en la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal vendrán igualmente obligadas al pago directo del subsidio correspondiente al referido periodo.

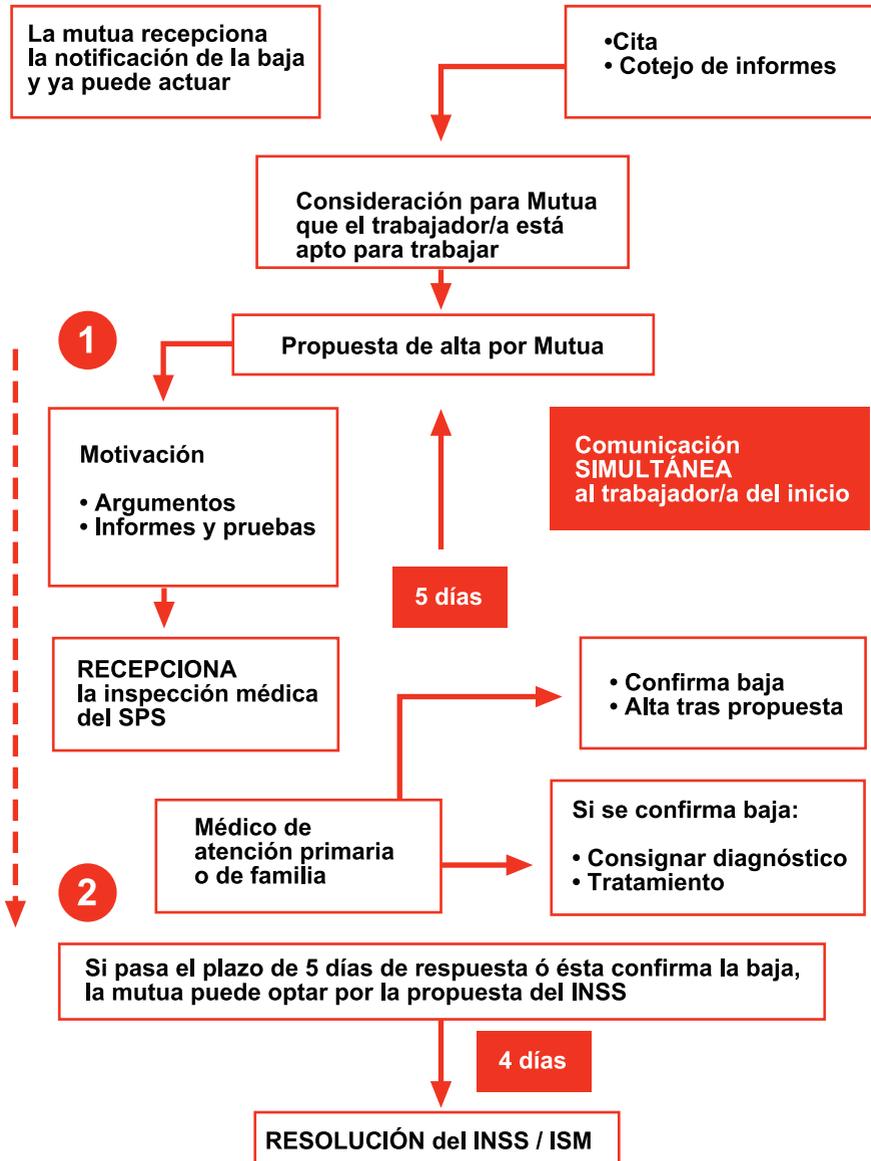
### 9.3.3.Propuesta de alta médica por la mutua en IT derivadas de contingencias comunes.

En los procesos de incapacidad temporal derivados de **contingencias comunes** cuya cobertura corresponda a una mutua, cuando ésta, a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios o de las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle, considere que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo, podrá formular, a través de los médicos adscritos a ella, **propuestas motivadas de alta médica**, a las que acompañará los informes y pruebas que, en su caso, se hubiesen realizado. Las mutuas comunicarán simultáneamente al trabajador afectado, para su conocimiento, que se ha enviado la propuesta de alta.

Las propuestas de alta de las mutuas se dirigirán a las unidades de la inspección médica del servicio público de salud, quienes las remitirán inmediatamente a los facultativos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso. Estos facultativos deberán pronunciarse bien confirmando la baja médica, o, bien admitiendo la propuesta a través de la expedición del correspondiente parte de alta médica. La inspección médica trasladará a la mutua este informe junto con la actuación realizada en el plazo máximo de cinco días desde la recepción de la propuesta de alta.



En el supuesto que la propuesta de alta formulada por una mutua no fuese resuelta y notificada en el plazo de cinco días establecido en el apartado anterior, la mutua podrá solicitar el alta al Instituto Nacional de la Seguridad Social.



## 10. ¿Qué diferencia económica existe entre la consideración de contingencia común o contingencia profesional?

En todo momento hay que tener en cuenta que la baja por pérdida de salud ha de ir acompañada de una compensación económica que permita a la persona que no puede trabajar, tener una prestación económica compensatoria de ese estado de necesidad. La única excepción la constituye la incapacidad temporal por contingencia común, si no existe ese periodo previo de cotización de 180 días en los 5 años precedentes al hecho causante.

Además de las mejoras económicas individuales, con la declaración de la contingencia profesional, sea accidente de trabajo o enfermedad profesional, se evidencian con la declaración de daños por contingencia profesional que han existido fallos en la **prevención de riesgos laborales**, que hacen que se tengan que mejorar las medidas en seguridad y salud, tanto por parte de las empresas, como de las administraciones públicas. Por lo que es importante que haya constancia de los daños a la salud por exposición laboral.

En términos generales, se establecen como requisitos que dan derecho al cobro de una prestación económica en el **Régimen General de la Seguridad Social**:

### IT Común

- Estar afiliada y en alta o situación asimiladas el alta en la fecha del hecho causante, mientras reciban asistencia de la SS y están impedidas para el trabajo.
- Tener cubierto un período de cotización de 180 días dentro de los 5 años anteriores a la fecha de baja.

Tabla 3: Prestaciones Contingencia común:

Días de baja	1 - 3	4 - 15	16 - 20	21- 365	366 - 545
Cuantía	0 (Mejorable por Convenio)	60 % de la base reguladora por contingencias comunes.		75 % (Mejorable por Convenio)	75 %
Quien paga	—	Empresa	INSS Mutua		
Pago efectivo		Empresa	Empresa en pago delegado	Pago directo	
Gestión	Empresa, INSS, Mutua, Inspección del SPS				INSS
Servicio	SPS				

### IT Profesional

- Estar afiliada y en alta o situación asimiladas el alta en la fecha del hecho causante, mientras reciban asistencia de la SS y están impedidas para el trabajo. Se consideran en pleno derecho aunque el Empresario haya incumplido sus obligaciones de cotización.
- No se requiere periodo mínimo de cotización.

Tabla 4: Prestaciones Contingencia profesional:

Días de baja	1	2 - 365	366 - 545
Cuantía (*)	Salario	75 % de la base reguladora por contingencias profesionales (Mejorable por Convenio)	75 %
Quien paga	Empresa	INSS Mutua	
Pago efectivo	Empresa	Empresa en pago delegado (**)	Pago directo(**)
Gestión	Empresa, INSS, Mutua		INSS
Servicio	MUTUA		

(\*) Posibilidad de obtener un recargo de prestaciones. Si la enfermedad profesional o el accidente son consecuencia directa de la falta de medidas preventivas, se puede aumentar la cuantía entre un 30%-50%. Dicho recargo corre a cargo de la empresa.

(\*\*) Durante los primeros 365 días de incapacidad temporal, por lo general, el pago lo efectúa la empresa como pago delegado con la misma periodicidad que los salarios. Una vez transcurrido ese periodo, el pago se efectúa mediante la modalidad de pago directo por el INSS.

## 11. Reclamaciones previas administrativas.

### 11.1 Procedimiento ordinario de reclamación para procesos IT hasta 365 días.

En aquellos supuestos en los cuales haya sido emitida, bien por el médico de atención primaria o la inspección médica, el alta correspondiente a un proceso IT (**hasta 365 días**) y derivado de **contingencias comunes**, la persona trabajadora que no estuviera conforme con dicha expedición, podrá formular la reclamación al alta que incluye la reclamación “administrativa” previa a la vía judicial del alta, cuyos plazos se exponen a continuación.

- En los procedimientos de impugnación de altas médicas no exentos de reclamación previa, dicha reclamación previa se interpondrá en el plazo de **11 días** desde la notificación de la resolución.
- 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 **7 días**, entendiéndose desestimada una vez transcurrido dicho plazo.



**Este proceso no será aplicable a los procedimientos de impugnación de las resoluciones administrativas expresas en las que se acuerda el alta médica emitidas por el INSS al agotarse el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de la prestación de incapacidad temporal, ni aquellos procesos derivados de contingencias profesionales cuya alta médica haya sido emitida por la mutua. Además, este procedimiento implica que la persona trabajadora deberá incorporarse a su puesto de trabajo al día siguiente de la notificación del alta, y en el caso de no estar en condiciones de trabajar, deberá solicitar una baja médica.**

## **11.2 Procedimiento de disconformidad alta médica emitida por el INSS en procesos IT de duración superior a 365 días.**

Habiéndose agotado el plazo de duración de IT de 365 días, el procedimiento de disconformidad con la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social que declare la extinción de la incapacidad temporal por alta médica del interesado, previsto en el artículo 170.2 de la Ley General de la Seguridad Social, RDL 8/2015, se atiende a:

El interesado podrá manifestar su disconformidad en el plazo máximo de los 4 días naturales siguientes a la notificación de la resolución. Dicha disconformidad se cumplimentará en el modelo aprobado a tal efecto por la correspondiente entidad gestora, que estará a disposición de los interesados en las correspondientes páginas web de dichas entidades.

La manifestación de disconformidad se presentará ante la inspección médica del servicio público de salud. Asimismo, podrá presentarse ante alguno de los órganos señalados en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

El interesado que inicie el procedimiento de disconformidad, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente dicha disconformidad o en el siguiente día hábil.

Si el Sistema Público de Salud discrepase de la decisión del alta del INSS, tendrá la facultad de proponerle, en el plazo máximo de **7 días naturales**, la reconsideración de su decisión, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en los **11** días naturales siguientes a la fecha de la resolución, la mencionada alta médica adquirirá plenos efectos.

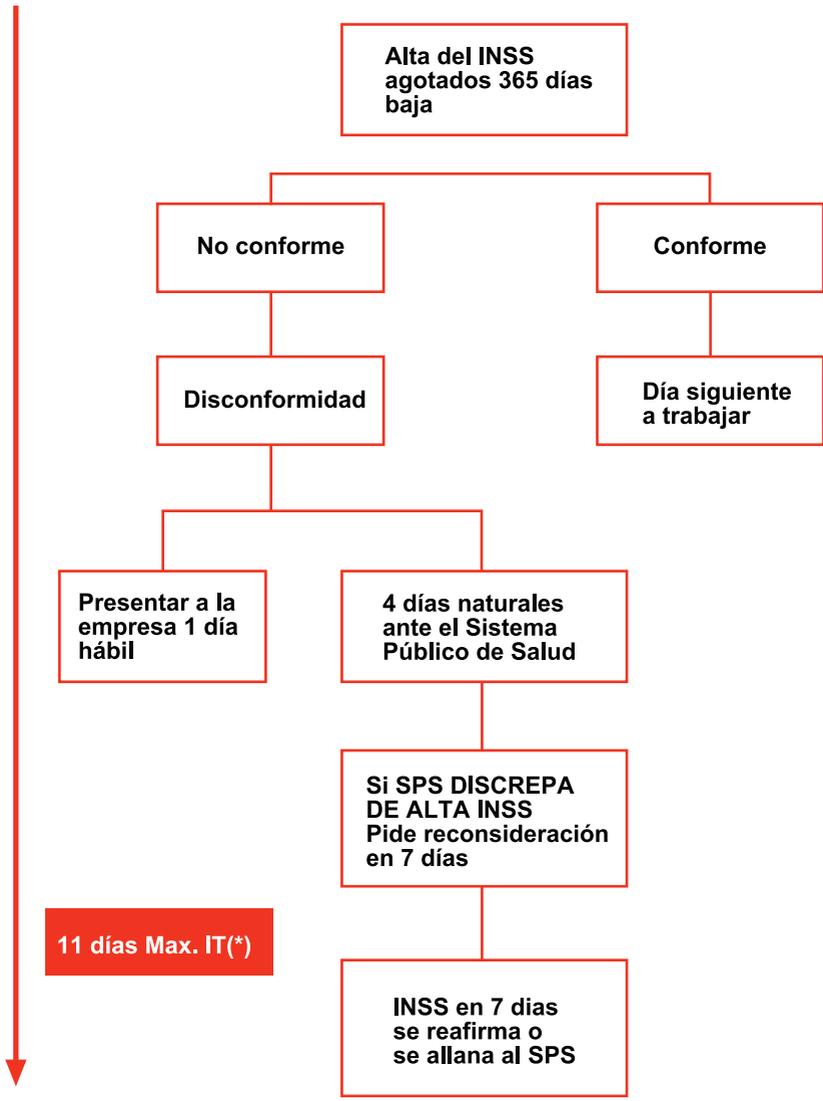
Durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha del alta médica y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal.

Si, en el aludido plazo máximo de siete días naturales, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, esta se pronunciará expresamente en los siete días naturales siguientes, notificando al interesado la correspondiente resolución, que será también comunicada a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de incapacidad temporal a todos los efectos. Si, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que la fundamenten, solo se prorrogará la situación de incapacidad temporal hasta la fecha de la última resolución.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social y los servicios públicos de salud deben comunicarse recíprocamente, a la mayor brevedad posible, el inicio del procedimiento de disconformidad así como todas las decisiones que adopten en el desarrollo del procedimiento.

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





\* Prórroga prestación y ausencia al trabajo 11 días más. En el día 12 si no hay respuesta, hay que incorporarse al trabajo.

### 11.3 Procedimiento de revisión de las altas médicas emitidas por la mutua.

Frente a las altas médicas emitidas por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y por las empresas colaboradoras, en los procesos de incapacidad temporal derivados de **contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de doce meses de duración** de dicha situación, el interesado podrá iniciar ante la entidad gestora competente, el procedimiento administrativo especial de revisión del alta. La tramitación de este procedimiento se considera preferente para el INSS, es decir, no debe agotar ni mucho menos los 135 días para resolver.

El interesado o interesada tienen **10 días hábiles** para instar el procedimiento, solicitándolo ante la entidad gestora INSS. Una vez iniciado el procedimiento, lo comunicará a la empresa con el fin de justificar su no asistencia, en el mismo día al del inicio o en el día hábil posterior.

El inicio de este trámite suspende los efectos del alta médica de la mutua y prorroga la situación de IT derivada de contingencia profesional, manteniéndose el abono de la prestación y no teniendo que incorporarse al puesto de trabajo. Es decir, la persona seguirá percibiendo la prestación económica por contingencia profesional y en la modalidad de pago directo por la entidad colaboradora o mutua.

La entidad gestora INSS, solicita a la entidad colaboradora o mutua el informe del caso donde ha emitido el alta, en el plazo de **4 días hábiles**. La mutua, en este momento, si estudia la situación antes de enviarla al INSS puede anular el alta, reconsiderar y continuar el proceso de atención a la persona, a la que también repondría en su prestación económica.

La persona que inicia el procedimiento puede acudir a su médico de familia para manifestar su situación de salud y si le extienden la baja, el sistema público comunicará al INSS la situación de una persona que viene de un alta de mutua con estado de salud incompatible para el trabajo a la que se ha extendido baja por contingencia común. De tal modo que se coordinen las situaciones. En este caso la persona pasa a cobrar la prestación correspondiente a la contingencia común.

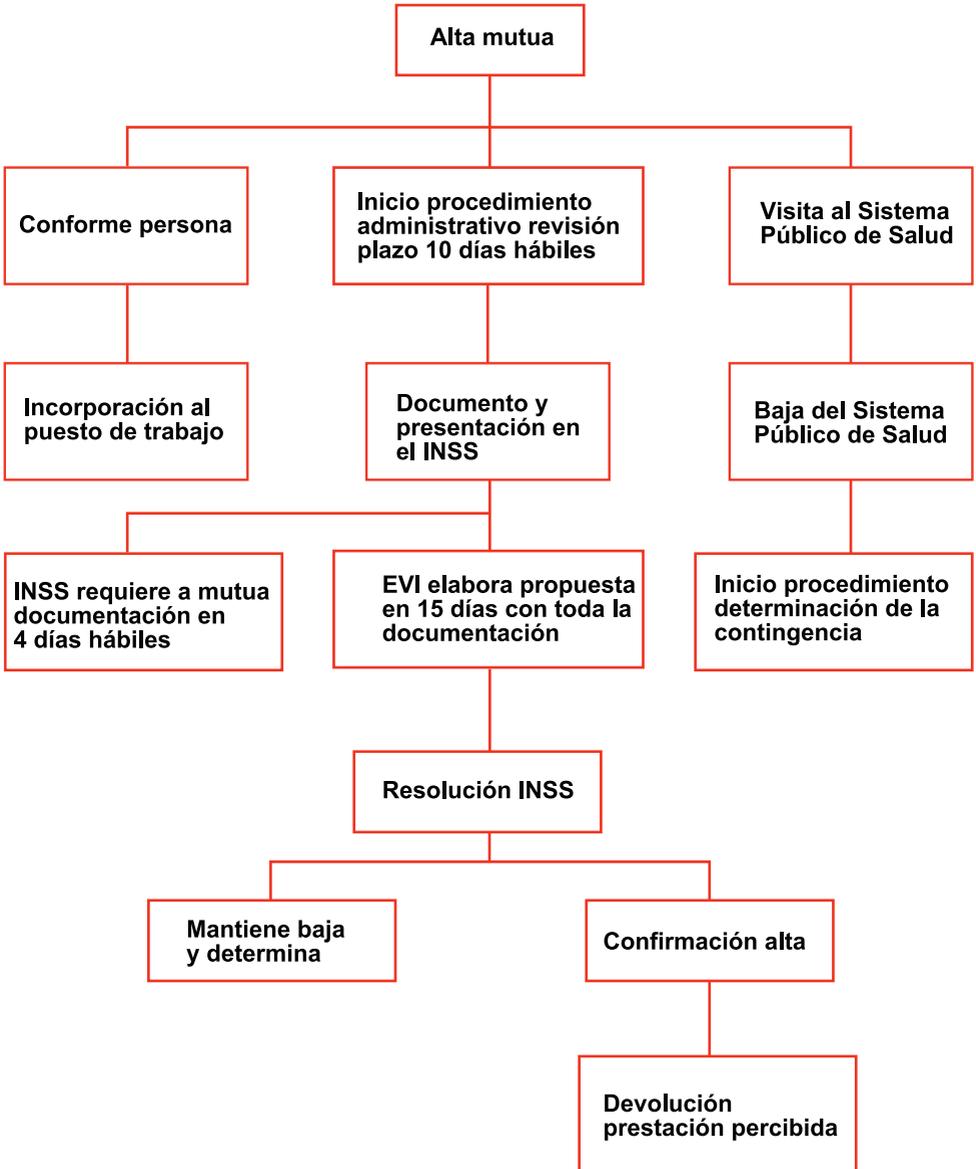
Recibida la instancia del inicio de la revisión del alta de la mutua y la documentación clínica de la mutua que justifica la extensión del alta, el INSS por medio del EVI tendrá 15 días para examinar el caso y pronunciarse al respecto. Con el informe de propuesta al caso que emita el EVI, la dirección provincial del INSS resuelve el caso y lo notifica a todas las partes implicadas.

Posibles resultados:

- Fijar confirmación alta de mutua o fijar otra fecha de la misma y efectos.
- Mantener baja y la calificación de la contingencia de donde deriva el proceso.
- Establecer improcedencia de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación del procedimiento especial de revisión.

Por tanto, podrá considerarse y resolverse que el alta de mutua era procedente y por ello pasa a considerarse **indebidamente percibidas** las prestaciones económicas de la incapacidad temporal derivada de contingencia profesional en la prórroga para la revisión del alta. Por lo que el INSS instará su devolución a la persona beneficiada por ellas y que debería estar en alta.

Por tanto, este procedimiento de revisión del alta de mutua tiene este inconveniente, si el INSS da la razón a la mutua y afirma el alta extendida por ella, considera que la prórroga de la prestación hasta esa resolución confirmatoria ha sido indebidamente percibida y debe devolverse. Así, la persona tiene que devolver la prestación percibida en la prórroga y no ha trabajado, por lo que no ha generado salario. De ahí que antes de iniciar el procedimiento extraordinario de revisión de alta por mutua hay que reflexionar sobre la situación y sus consecuencias económicas.



## 11.4 Determinación de la contingencia causante.

Ante situaciones de disconformidad con los criterios en cuanto a la asignación de proceso como incapacidad temporal por contingencias comunes (no laborales) o por contingencias profesionales (laborales) por las entidades gestoras, se puede iniciar un proceso para manifestar es disconformidad, **Artículo 6 del Real Decreto 1430/2009 que establece el Procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal.**

El procedimiento para la determinación de la contingencia se podrá iniciar, a partir de la fecha de emisión del parte de baja médica:

- a) De oficio, por propia iniciativa del **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**, o como consecuencia de petición motivada de la **Inspección de Trabajo y Seguridad Social**, del servicio público de salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o a propuesta del Instituto Social de la Marina.
- b) A instancia del **trabajador** o su **representante legal**.
- c) A instancia de las **Mutuas** de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social o de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente.

Las solicitudes deberán ir acompañadas de toda la documentación necesaria para poder determinar la contingencia, incluidos, en su caso, los informes y pruebas médicas realizados.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará la iniciación del procedimiento al servicio público de salud competente, a la Mutua colaboradora con la Seguridad Social o a la empresa colaboradora, según corresponda, cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia y en aquellos asuntos que les afecten, para que, en el plazo improrrogable de **cuatro días hábiles**, aporten los antecedentes relacionados con el caso de que dispongan e informen sobre la contingencia de la que consideran que deriva el proceso patológico y los motivos del mismo. También se dará traslado al trabajador de la iniciación del procedimiento, cuando esta no

hubiera sido a instancia suya, comunicándole que dispone de un plazo de **diez días hábiles** para aportar la documentación y hacer las alegaciones que estime oportunas.

Asimismo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá solicitar los informes y realizar cuantas actuaciones considere necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe dictar resolución.

Cuando por el Servicio Público de Salud se hubiera emitido parte de baja por contingencias comunes, se iniciará el abono de la prestación de incapacidad temporal que por estas corresponda hasta la fecha de resolución del procedimiento, sin perjuicio de que cuando la resolución determine el carácter profesional de la contingencia, la mutua que la cubra deba abonar al interesado la diferencia que resulte a su favor, y reintegrar tanto a la entidad gestora, en su caso, la prestación abonada a su cargo, mediante la compensación de las cuantías que procedan, como al servicio público de salud el coste de la asistencia sanitaria prestada. Asimismo, cuando la contingencia profesional estuviera a cargo de la entidad gestora, esta abonará al interesado las diferencias que le correspondan.

De igual modo se procederá cuando la resolución determine el carácter común de la contingencia, modificando la anterior calificación como profesional y su protección hubiera sido dispensada por una mutua. Esta deberá ser reintegrada por la entidad gestora y el servicio público de salud de los gastos generados por las prestaciones económicas y asistenciales hasta la cuantía que corresponda a dichas prestaciones en consideración a su carácter común. Asimismo, la mutua, cuando ambas contingencias fueran protegidas por la misma, realizará las correspondientes compensaciones en sus cuentas.

El Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) emitirá un informe preceptivo, que elevará al Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el que se pronunciará sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad.

Emitido el informe del equipo de valoración de incapacidades, el Director Provincial competente del Instituto Nacional de la Seguridad Social

dictará la resolución que corresponda, en el plazo máximo de quince días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas, o del agotamiento de los plazos fijados para ello.

En el ámbito de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores del Mar, el informe preceptivo del correspondiente equipo de valoración de incapacidades será formulado ante el director provincial del Instituto Social de la Marina, para que este adopte la resolución que corresponda y proceda a su posterior notificación a las partes interesadas.

La resolución que se dicte deberá pronunciarse sobre los siguientes extremos:

- a) Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de incapacidad temporal y si el proceso es o no recaída de otro anterior.
- b) Efectos que correspondan, en el proceso de incapacidad temporal, como consecuencia de la determinación de la contingencia causante, cuando coincidan en el tiempo dolencias derivadas de distintas contingencias.
- c) Sujeto responsable de las prestaciones económicas y sanitarias.

La resolución será comunicada al interesado, a la empresa, a la mutua y al servicio público de salud. Las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la mutua y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información.

Las resoluciones emitidas por la entidad gestora, en el ejercicio de las competencias establecidas en este artículo, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

**Procedimiento de la determinación de la contingencia**

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

- **INSS DE OFICIO** a iniciativa o solicitud motivada de la inspección de trabajo y Seguridad Social (ITSS) y/o el Sistema Público de Salud (SPS)
- **Afectado/a**
- **Mutua / empresa colaboradora autoaseguradora** si es el caso

Trabajador/a: acompañar **TODA LA DOCUMENTACIÓN** que apoye la consideración como profesional:  
 Identificación de riesgos, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, información/formación preventiva recibida...

Además de los informes y pruebas médicas realizados

¿Ante quien se presenta?

A la Dirección Provincial del INSS

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

puede CITAR

**Plazo Max. 4 días hábiles**

Si no fué el trabajador quien inició el procedimiento se le comunica por el INSS para que en max. 10 días hábiles aporte documentación y alegue

Aporte de antecedentes del caso e informes

**15 días**

Informe propuesta del EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades)

Para que el **DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS RESUELVA** y dicte Resolución calificando la contingencia origen del daño. Además:

- **Determinación contingencia: Común o profesional**
- **Existencia o no de recaída de un proceso anterior**
- **Responsables de las prestaciones económicas y sanitarias**

## 11.5 Oficina virtual de reclamaciones.

Se recomienda en todo momento hacer uso de la Oficina Virtual de Reclamaciones (OVR) para usuarios y usuarias reclamantes ante las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

**<http://www.ovrmatepss.es/virtual/>**

Es una alternativa que fue demandada por la representación de los trabajadores para evitar que:

- Las reclamaciones se pierdan en los vericuetos de la atención al cliente de la mutua y no trascienda al organismo público de control, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- Se dé traslado de estas reclamaciones a través de las oficinas de consumo de los gobiernos territoriales sin que tome interés en el asunto la Seguridad Social por no tener constancia de dicha reclamación.

La reclamación a través de la OVR sigue el siguiente recorrido:



Se ha de acompañar los documentos que se estime oportuno para respaldar la reclamación.

Es recomendable realizar exposiciones breves, claras y concisas y terminar con una pregunta concreta para evitar respuestas evasivas.

Siempre el interlocutor será la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, aunque el intermediario para la gestión sea AMAT, de tal modo que la reclamación la recepciona esa dirección general que la transmite a la mutua para que responda; la misma dirección general recibirá la respuesta y la facilitará al reclamante, por lo que la Dirección General de Ordenación cumple con su papel de dirección y tutela de las actuaciones de las mutuas.

## 12. Incapacidad permanente

### Artículo 193 de la Ley General de la Seguridad Social, RDL 8/2015.

Prestación económica que, en su modalidad contributiva, trata de cubrir la pérdida de rentas salariales o profesionales que sufre una persona, cuando estando afectada por un proceso patológico o traumático derivado de una enfermedad o accidente, ve reducida o anulada su capacidad laboral de forma presumiblemente definitiva.

Después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, la persona presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.

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

La incapacidad permanente habrá de **derivarse de la situación de incapacidad temporal**, excepto que afecte a quienes carezcan de protección en IT, bien por encontrarse en una situación asimilada a la de alta que no la comprenda, bien en los supuestos de asimilación a trabajadores por cuenta ajena en los que se dé la misma circunstancia, o bien en los casos de acceso a la incapacidad permanente desde la situación de no alta.



La calificación de incapacidad permanente es una Resolución del INSS. Previamente el equipo de valoración de incapacidades realiza un informe propuesta respecto de la pérdida anatómica y funcional y califica el grado.

La incapacidad permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará, en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del interesado en los siguientes grados:

- **Parcial.** Disminución del 33 % de las habilidades sin que impidan las funciones habituales de la profesión.
- **Total.** Pérdida anatómica o disminución que impide realizar la profesión habitual y las funciones que caracterizan la misma.
- **Absoluta.** Pérdida que imposibilita para cualquier actividad laboral.
- **Gran Invalidez.** Pérdida que incapacita para cualquier actividad laboral y requiere de un apoyo externo para las funciones de la vida habitual: higiene corporal, alimentación ...



La calificación de la incapacidad permanente en sus distintos grados se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca.

A efectos de la determinación del grado de la incapacidad, se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquella estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente.

En caso de **incapacidad permanente total**, la pensión vitalicia correspondiente será **compatible** con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra distinta, siempre y cuando las funciones no coincidan con aquellas que dieron lugar a la incapacidad permanente total.

Las pensiones vitalicias en caso de incapacidad permanente absoluta o de gran invalidez no impedirán el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del incapacitado y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión.

El disfrute de la pensión de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez a partir de la edad de acceso a la pensión de jubilación será incompatible con el desempeño por el pensionista de un trabajo, por cuenta propia o por cuenta ajena, que determine su inclusión en alguno de los regímenes del Sistema de la Seguridad Social, en los mismos términos y condiciones que los regulados para la pensión de jubilación en su modalidad contributiva.



## 12.1 Calificación y revisión.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los equipos de valoración de incapacidades tiene la facultad de revisar las incapacidades permanentes, confirmando, disminuyendo, incrementando o eliminando el grado y sus prestaciones. La Resolución incluye el plazo para revisar el grado y calificar su agravación o mejoría. Siempre previo a la edad de jubilación.

Si el pensionista de incapacidad permanente estuviera ejerciendo cualquier trabajo, por cuenta ajena o propia, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá, de oficio o a instancia del propio interesado, promover la revisión, con independencia de que haya o no transcurrido el plazo señalado en la resolución.

Las revisiones fundadas en error de diagnóstico podrán llevarse a cabo en cualquier momento, en tanto el interesado no haya cumplido la edad a que se refiere el primer párrafo de este apartado.

Las pensiones de incapacidad permanente, cuando sus beneficiarios cumplan la edad de sesenta y siete años, pasarán a denominarse pensiones de jubilación. La nueva denominación no implicará modificación alguna, respecto de las condiciones de la prestación que se viniese percibiendo.



## 12.2 Incapacidad permanente parcial.

Es aquélla que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una **disminución no inferior al 33%** en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

La prestación económica correspondiente a la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual consistirá en una cantidad a tanto alzado igual a 24 mensualidades de la base reguladora que sirvió para el cálculo del subsidio de incapacidad temporal del que se deriva la incapacidad permanente.

## 12.3 Incapacidad permanente total

Es aquella incapacidad permanente que **impide la realización de todas** o las tareas fundamentales para la **profesión habitual**, siempre y cuando pueda dedicarse a otra distinta.

La prestación económica es una pensión mensual constituida por el 55% de la base reguladora. En el caso de los mayores de 55 años se puede incrementar en un 20% (Incapacidad permanente total cualificada), si su falta de preparación o sus circunstancias sociales y laborales indiquen que le será difícil conseguir trabajo en una actividad diferente a la que desarrollaba hasta el momento.

## 12.4 Incapacidad Permanente Absoluta.

**Es aquella incapacidad permanente que impide** por completo al trabajador **la realización de cualquier actividad u oficio**. La declaración de esta incapacidad extingue el contrato de trabajo.

La prestación económica por incapacidad permanente absoluta consiste en una pensión calculada aplicando el **100% de la base reguladora**.

## 12.5 Gran Invalidez

Es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, **necesita la asistencia de otra persona** para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

La prestación económica por incapacidad permanente absoluta consiste en una pensión calculada aplicando el **150% de la base reguladora**.

En los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la prestación económica se aumentará, según la gravedad de la falta, de un 30% a un 50% cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador.

**Dicho recargo recae directamente sobre el empresario infractor.**

## 13. Lesiones permanentes no incapacitantes.

*Artículo 201 de la Ley General de la Seguridad Social. “Establece que las lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional, que sin llegar a incapacidad permanente, suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo correspondiente, serán indemnizadas por una sola vez con las cantidades a tanto alzado por la entidad responsable del pago de las prestaciones, sin perjuicio del trabajador a continuar al servicio de la empresa”.*

Las cantidades indemnizatorias a tanto alzado serán incompatibles con las prestaciones económicas para la incapacidad permanente, salvo en el caso de que dichas lesiones, mutilaciones y deformidades sean independientes de las que hayan sido tomadas en consideración para la declaración de la incapacidad permanente y el grado de la misma.



## 14. Otras actuaciones y prestaciones

### 14.1 Hijo enfermo de cáncer o enfermedad muy grave

Es un subsidio previsto con el fin de evitar que la incapacidad temporal sea una prestación refugio cuando los progenitores tienen que ausentarse de su puesto de trabajo con el fin de atender y/o acompañar a un hijo o hija aquejados de una enfermedad muy grave que requiere atención permanente.

Se estableció el subsidio con el fin de compensar los ingresos de los trabajadores y trabajadoras que **reducen su jornada de trabajo** para atender a su menor enfermo de forma directa, continua y permanente. Por tanto estamos hablando de una reducción de jornada de trabajo.

El trámite ha de ser:

1º **solicitar a la mutua** el acceso a la prestación. Normalmente, se hace un reconocimiento de un mes, ampliable para 2 más y luego se va renovando si persiste el estado de necesidad.

2° gestionar con la empresa la reducción de la jornada. Para que no haya el riesgo de reducir jornada antes de que se apruebe la prestación.

La reducción de jornada se extiende desde que el menor requiere la atención hasta que se supera esta situación o en todo caso, hasta que el menor adquiere la mayoría de edad.

Cumpliendo los **requisitos** de:

- Tener periodo de cotización. Excepto menores de 21 años. De los 21 a los 26 años, 90 días en los 7 años anteriores al hecho o 180 días en la vida laboral. Más de 26 años, 180 días en los 7 años antes del hecho o 360 días en la vida laboral.
- Al corriente de pago en Seguridad Social.
- Estado de necesidad del menor que certifica el sistema público de salud. Con cuidado permanente, constante y continuo.
- Los dos progenitores trabajando. Uso alterno y no en igual periodo.
- Minoría de edad del menor.
- Cuidado permanente



Concesión y control de la prestación y sus requisitos por la Mutua.

## 14.2 Riesgo embarazo y lactancia natural.

Se regula en los artículos 186 a 189 del RDL 8/2015 Ley General de la Seguridad Social.

Se protege la situación de suspensión del contrato cuando la trabajadora sana está expuesta a unos riesgos en su puesto de trabajo que no son técnica y objetivamente posible reducir o evitar ni se puede cambiar a la trabajadora de puesto de trabajo.

La suspensión se protege con una prestación por contingencia profesional.

La gestión y el pago de la prestación lo realiza la mutua, ya que, con acierto, se considera a efectos de la protección, como una contingencia profesional, es el puesto que produce la situación de riesgo que hay que proteger, estando la trabajadora en pleno estado de salud.

El riesgo para el embarazo finaliza al iniciarse la suspensión del contrato para iniciar el permiso de maternidad.

La prestación es el 100 % de la base reguladora de contingencia profesional.



La prestación debe proceder cuando la prevención no garantice que los riesgos van a suponer un peligro para el no nacido o la madre. No obstante, la prestación en sí favorece más la opción al paso a la misma que la situación en la que la empresa haga un esfuerzo y destine medios para la prevención y control de los riesgos:

Si hay adaptación del puesto se bonifica a la empresa en cuotas por contingencia común en un 50 %.

Si hay paso a prestación y sustitución de la persona, se bonifica al 100 % al suplente.

No confundir:

<b>Embarazo de riesgo</b>	<b>Riesgo para el embarazo</b>
Contingencia común	Contingencia profesional
Trabajadora o feto con patología por contingencia común.	Trabajadora sana y embarazo cursa correctamente. Las funciones del puesto de trabajo constituyen un riesgo a la salud
	Sistema público de salud certifica que trabajadora sana y tiempo esperado del parto
Asistencia del sistema público de salud y baja por el médico de familia	La mutua certifica que la empresa manifiesta el riesgo y no tiene alternativa preventiva y gestiona la prestación.
Seguimiento del sistema público de salud, opcional de la empresa que lo haga la mutua	Seguimiento por la mutua. Pero sin ninguna intervención asistencial ni reconocimientos médicos ginecológicos
Periodo de carencia	Sin carencia
	No persiste si cesa la actividad laboral

Normas a tener en cuenta:

RD Legislativo 8/2015 Ley General de la Seguridad Social	
Ley 39/1999	Conciliación
Ley Orgánica 3/2007 Igualdad efectiva de mujeres y hombres	Determina riesgo embarazo y lactancia como contingencia profesional
Ley 31/1995	Prevención de Riesgos Laborales
Real Decreto 295/2009	Regula la prestación económica
Leyes de presupuestos y RD 1430/2009	Bonificación por recolocación

### 14.3 Gestión del bonus.

La Ley General de la Seguridad, RDL 8/2015, incluye dos artículos de interés a este respecto:

- a) El artículo 97.2. que establece que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social podrá aplicar recursos a incentivar en las empresas la adopción de medidas y procesos que contribuyan eficazmente a la reducción de las contingencias profesionales de las Seguridad Social.
- b) El artículo 146 incluye una premisa por la que la cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales podrá **reducirse** en el supuesto de empresas que se distingan por el empleo de medios eficaces de prevención. También la cuantía podrá **aumentarse** en el caso de empresas que incumplan sus obligaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo.

El sistema de incentivos se desarrolla reglamentariamente mediante el RD 404/2010. Reglamento que está en vigor hasta finales de 2017, ya que este texto ha sido derogado por el RD 231/2017, que es el aplicable desde 2018.

La **reducción** y el aumento previstos no podrá exceder el **10 %** de los tipos de cotización, en lo que a disminución se refiere y hasta un **20 %** en caso de incremento por reiterado incumplimiento de las aludidas obligaciones.

Hasta hoy se ha desarrollado la reducción por medio del “Bonus”, es decir, la reducción.

La gestión para el acceso a esta reducción, ha quedado bajo competencia de las mutuas a las que las empresas están adheridas.

La mutua contacta con la empresa cuyos índices de incidencia en accidentes está por debajo de lo previsto.

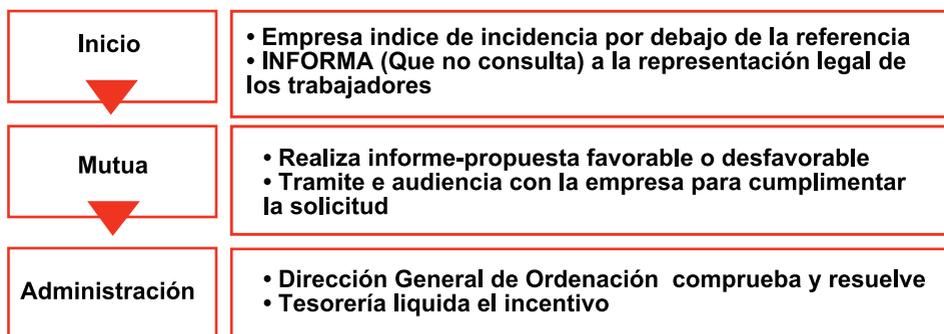
De tal modo que la empresa inicia a través de la mutua el procedimiento de solicitud.

Además, es la mutua la que realiza el **informe-propuesta** favorable o desfavorable para que la Subdirección general de entidades colaboradoras informe y la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social resuelva y de traslado al Tesorería para que abonen a la empresa la cantidad determinada.

El sistema propuesta por el RD 231/2017 resulta un tanto opaco ya que las mutuas que han gestionado el proceso para sus empresas podrán recibir de las empresas beneficiadas, previo acuerdo mutua-empresa, una parte del incentivo de retorno de cuotas de Seguridad Social.

Con el RD 404/2010 la representación legal de los trabajadores tenía un papel protagonista, ya que podía manifestar el visto bueno a lo que proponía la empresa o proponer alegaciones, que la mutua debía enviar a la dirección general de ordenación de la Seguridad Social para que ésta las gestionase con la inspección de trabajo y seguridad y social. Controversias, por tanto, que llegaban a la administración a través de la entidad colaboradora, sin que la representación legal de los trabajadores tuviese que hacer una actuación expresa. Este procedimiento facilitaba que la representación de los trabajadores fiscalizase y controlase tanto las solicitudes de las empresas como el encubrimiento de malas prácticas en prevención de riesgos laborales.

Con el actual procedimiento propuesto por el RD 231/2017 se ha expulsado del procedimiento tanto a la inspección de trabajo como a la representación legal de los trabajadores, que ha quedado relegada a **ser informada** y en caso de discrepancia sólo queda articular lo previsto en el artículo 36.3. de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995 y denuncia a la inspección de trabajo y seguridad social.



La representación legal de los trabajadores es informada por la empresa de que ésta inicia la solicitud a través de la mutua. Fuera del procedimiento, si la representación legal de los trabajadores considera que la empresa incumple en materia de prevención de riesgos laborales, inicia respuesta motivada a la empresa y denuncia a través de la inspección de trabajo.

Además, la mutua que es asociación de empresarios e inicia el procedimiento para sus empresas adheridas, puede beneficiarse de una parte de ese incentivo si así lo pacta con la empresa... ¿Este es un procedimiento transparente?

#### **14.4 Actividad preventiva de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social**

Queda una actividad residual cargo al 0.7 % de la recaudación de las cuotas por contingencia profesional.

Son actividades preventivas que hacen las mutuas para sus empresas asociadas y que no pueden interferir en las actuaciones mercantiles que los servicios de prevención ajenos hacen y facturan para las empresas.

Las actuaciones entran dentro de la cobertura de accidentes de trabajo y se desarrolla de forma gratuita a favor de las empresas adheridas a la mutua. El objetivo de estas acciones son las empresas de hasta 50 trabajadores y de mayor siniestralidad. Así:

- Análisis de factores determinantes de los daños del trabajo. Investigación del origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.
- Asesoramiento y consulta a las empresas.
- Visitas a los centros de trabajo.
- Información y divulgación, publicaciones, documentación.
- Campañas de difusión, sensibilización y otras. Así, jornadas para fomento y conocimiento del método público de apoyo a la prevención **Prevención-10, Forma-t y Evalua-t.**

## 15. Cuestiones prácticas

### 1. Sufriste un daño en el trabajo pero la mutua no te da la baja.

En el trabajo sufriste un daño y acudes a la mutua, pero ésta no te da la baja y consideras que no estás bien para trabajar. Lo primero es cuidar la salud, así que acude a tu médico de atención primaria y explícale en detalle tanto los síntomas o molestias, cómo y dónde se produjeron los daños y los problemas que has tenido con la mutua. El médico de atención primaria podría prescribirte baja, pero será por contingencia común. Como consideras que debería ser profesional, tienes que realizar una reclamación:

- A la mutua. Bien mediante hoja de reclamaciones que deben tener disponible o bien a través de la dirección de la Oficina Virtual de Reclamaciones (OVR) cuya dirección es [www.ovrmatepss.es/virtual](http://www.ovrmatepss.es/virtual)
- Al INSS mediante la Determinación de Contingencias, para que trámite el cambio de contingencia común a contingencia profesional. Muy importante: esta reclamación también la puede realizar el médico de familia del Sistema Público de Salud.
- Si desde el INSS no se reconoce el origen laboral, se puede reclamar vía jurisdiccional.

**Es muy importante realizarla por varias cuestiones:**

- Porque hay diferencias entre la prestación económica por contingencia común y la prestación por contingencia profesional.
- Porque para prevenir hay que conocer, y si los casos que se producen en el trabajo terminan tramitándose por lo común, no se pondrán los medios para solucionar la situación y podrá volverse a repetir en ti y en otras personas.

Es importante recordar que por contingencia común los 3 primeros días no se cobra nada (salvo mejora en convenio, de ahí la importancia de la negociación colectiva). Desde el día 4 al 20 inclusive se cobra el 60 % de la base reguladora. Desde el día 21 en adelante, corresponde el 75 % de la base reguladora por contingencia común.

En contingencia profesional, el primer día se percibe el salario íntegro a cargo de la empresa. Desde el día siguiente, el 75 % de la base reguladora por contingencia profesional, (salvo mejora en convenio).

## 2. La mutua te da el alta, pero tú no te encuentras bien para trabajar.

En el trabajo sufriste un daño, estuviste de baja y ahora la mutua te da el alta pero tú consideras que aún no estás en condiciones de trabajar.

Como lo primero es la salud, debes realizar reclamación del alta emitida. Se puede realizar a través de la hoja de reclamaciones de la mutua o de la Oficina Virtual [www.ovrmatemps.es/virtual](http://www.ovrmatemps.es/virtual)

Hay que reclamar también ante el INSS, para lo que cuentas con un plazo **de 10 días naturales a partir de la fecha de alta**. Para realizarla es necesario adjuntar el historial médico previo o copia del historial de la mutua.

También se debe comunicar a la empresa que se ha iniciado esa reclamación. Al realizarla, la baja se entiende prorrogada hasta que el INSS resuelva.

De esa manera, si el INSS considera que la persona que reclama tenía razón, la mutua deberá hacerse cargo de la baja nuevamente. En caso contrario, deberás incorporarte al puesto de trabajo y no tendrías derecho a la prestación económica de los días transcurridos entre el alta y la incorporación al puesto.

Si en lugar de realizar reclamación del alta emitida, decidiste acudir a tu médico de atención primaria, el de cabecera, y éste decidió darte la baja por contingencia común, deberás realizar la Determinación de Contingencias para que se cambie a contingencia profesional.

En el caso de que no quieras reclamar el alta emitida, tendrás que reincorporarte al puesto de trabajo. No obstante, es muy importante que si tu baja ha sido de larga duración, cuando te incorpores, la empresa está obligada a que el servicio de prevención realice una evaluación del puesto de trabajo por si hubiera que realizar alguna readaptación.

También puede ocurrir que al incorporarte a tu puesto de trabajo descubras que aún no te encuentras bien y pudieras tener una recaída. Deberás acudir a la Mutua para que tramite la baja por recaída y en caso de que no lo haga, acudir a tu médico de atención primaria y repetir pasos anteriores: Determinación de Contingencia, reclamación al INSS, reclamación a la mutua.

En ocasiones, se dan casos en que las mutuas, en lugar de dar la baja intentan realizar una recolocación en otro puesto. Que sepas que es ilegal y así lo ha determinado la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, por lo tanto si eso sucede acude a la Inspección y a tu sindicato.

### **3. ¿Qué sucede si he sufrido un accidente de trabajo y una de las causas ha sido que la empresa no ha puesto medidas preventivas?**

Si se demuestra que la falta de medidas preventivas por parte de la empresa ha causado el accidente, la empresa tendrá que pagarte una cantidad complementaria a la prestación económica que te corresponda por haber incumplido sus obligaciones en materia de prevención de riesgos.

Según la gravedad de la infracción que haya cometido, esta cantidad se **incrementará entre un 30% y un 50%**, es lo que se conoce como **RE-CARGO DE PRESTACIONES**.

### **4. Has sufrido un accidente al ir o volver del trabajo, o en desplazamiento durante la jornada.**

Un esguince de camino al trabajo es accidente de trabajo in itinere. Un accidente de tráfico de camino al trabajo es accidente de trabajo. Recuerda que son accidentes laborales y por tanto la contingencia será profesional.

Lo primero, como siempre es la salud. Acude a la mutua si es posible o si no al centro de urgencias más cercano para que te presten la atención sanitaria que necesitas. Después, comunica a la empresa lo ocurrido para que tramite el parte.

Si el accidente no fuera reconocido como laboral, debes presentar denuncia ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y realizar el procedimiento de Determinación de Contingencias en el INSS.

## **5. ¿Qué pasa si después de un periodo de baja por IT me dan el alta, me incorporo y vuelvo a darme de baja por lo mismo?**

Si el período de actividad entre el alta médica y la nueva situación de baja es inferior a 6 meses y se trata de la misma enfermedad por la que causó baja la primera vez, será considerado recaída; se prosigue la situación de baja iniciada con anterioridad y se considera la misma baja médica.

Si tras la nueva situación de baja han pasado más de seis meses, no se considera recaída y comienza un nuevo periodo de IT, no computándose con el periodo anterior a efectos de determinar la duración máxima de IT, aunque provenga de la misma enfermedad.



## 6. ¿Qué es el descanso preventivo o reposo preventivo?

Cuando ocurre un accidente de trabajo (AT) que impide a una persona continuar con su actividad laboral habitual, la empresa debe elaborar el correspondiente parte de AT, pasando dicha persona a la situación de IT. La empresa no tiene la facultad de conceder el permiso retribuido a la persona lesionada.

La posibilidad de que a la persona que ha sufrido un accidente de trabajo se le asigne funciones propias de otra categoría, es decir, se la “recoloque”, no está amparada por la normativa vigente dado que puede perjudicar su estado de salud.

En todo caso, la movilidad funcional está justificada por razones operativas o productivas pero no de mera conveniencia.

Tampoco es legal que en la mutua te prescriban días de reposo o descanso preventivo que corran de tu cuenta, es decir, si has tenido un accidente y no puedes trabajar ya sea de la índole que sea el accidente, te deben extender un parte de baja por la duración que el profesional médico estime oportuno.

**¡OJO!** Si no tienes en tu poder un documento que acredite que un profesional médico ha dictaminado que no puedes trabajar, la empresa puede descontártelo de tu salario o, lo que es más grave, considerarlo como una ausencia injustificada a tu puesto de trabajo con el consecuente y posible despido.

## 7. Trabajas en turno de noche y te dan el alta.

La legislación actual determina que debes incorporarte al trabajo “al día siguiente” de la emisión del parte de alta médica. Si tu turno comienza antes de las doce de la noche, te incorporas al día siguiente. Pero si tu turno comienza a las doce de la noche, ya es día siguiente, por lo tanto, salvo que en el convenio colectivo de tu empresa se haya pactado alguna mejora respecto a este punto, deberás incorporarte a tu puesto a las doce de esa noche.

## 8. La obligación de ir a revisión del SPS y de la mutua

Debes acudir a todas las revisiones médicas a las que te citen, salvo causa justificada.

Si el motivo por el que no puedes acudir a la cita, no figura entre los que hemos expuesto como considerados justificados, consulta a tu delegado de prevención o al sindicato antes de tomar la decisión de faltar a la cita, puesto que podrías perder la prestación.

## 9. ¿Quién paga los gastos de transporte cuando debo desplazarme a la cita?

En desarrollo de la **Orden TIN/971/2009**, la Resolución de 21 de octubre de 2009, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, establece instrucciones precisas para la compensación de gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparecencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas.

Si la mutua te cita, por tanto, tiene la obligación de compensar los gastos de desplazamientos. No obstante debes saber que:

1. Si resides en la misma localidad en la que se preste la asistencia sanitaria, puedes presentar los gastos de transporte colectivo, o taxi, pero en este último caso, siempre que el facultativo que te atiende o preste la atención sanitaria lo prescriba por razones médicas, por no existir otro medio de transporte, o porque el transporte existente no se ajuste a la hora y fecha de la citación médica (salvo que sea por prescripción médica, el taxi se paga hasta el medio de transporte colectivo más próximo).
2. Si resides en localidad distinta en la que se prestan los servicios: recibirás el abono de los gastos de desplazamiento en autobús, ferrocarril, barco o avión. También en taxi pero con la misma salvedad que en el caso anterior, con prescripción médica y factura justificativa. Los importes siempre se refieren a la tarifa más económica y aportando billete justificativo. En caso de vehículo propio, se valora a 0,19 euros por kilómetro.

3. Si no puedes desplazarte por razones de salud, hay dos opciones:

- El facultativo podría desplazarse a tu domicilio, debiendo indicarte la fecha de la visita.
- Te podrías trasladar en ambulancia, pero debes disponer de un certificado del facultativo, ya que si no podrían trasladarte a ti ese gasto.

## 10. El médico del SPS te pone un tratamiento y el médico de la mutua te sugiere otro

Aunque no es frecuente, sabemos que es posible que te veas en esa situación, por lo que tienes que tener claro que el médico responsable de tu tratamiento es siempre el médico que te prescribe la baja y es su tratamiento el que debes seguir.

## 11. ¿Qué pasa si detectamos que la mutua no nos está atendiendo bien?

Esta situación se conoce como “mala praxis médica, incluye todo aquello que tiene que ver con el tratamiento inadecuado, error de diagnóstico, etc...”

Ante esta circunstancia se deben seguir una serie de pasos.

- Acudir al centro asistencial de la mutua y formular tu queja o reclamación.
- Es muy importante que las reclamaciones se hagan **por escrito**, estando las mutuas obligadas a poner a disposición de los usuarios y usuarias las “**Hojas de Reclamaciones y Sugerencias**”.
- Rellena la hoja de reclamación. Esta se trasladará inmediatamente a las autoridades oportunas y recibirás respuesta razonada a tu queja, en plazo y por escrito.
- Formular una reclamación previa al INSS por parte del paciente y una vez presentada el INSS solicitará al EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades) que emitan un informe sobre la supuesta “*mala praxis*”. A la vista de dicho informe el INSS procederá en consecuencia

## 12. ¿Qué pasa si en la mutua se niegan a darme los resultados de mis informes médicos?

La ley establece que:

- Tienes derecho a que te den información concerniente a tu estado de salud y por lo tanto serás tú quien autorice o no el acceso a la misma a terceros.
- En el mismo sentido y por la misma causa no pueden vetarte el acceso a la información completa de tu estado de salud, ni por institución ni por especialista alguno. En el caso en el que la mutua te vete el derecho al acceso de tu información debes **presentar una reclamación por escrito** mediante la *Hoja de Reclamaciones* y/o a través de la **Oficina Virtual de Reclamaciones de la Seguridad Social**.
- Las mutuas deberán conservar la documentación relativa a prestaciones y su gestión por un plazo mínimo de 5 años.



### 13. ¿Es necesario que me den de baja si necesito ausentarme del trabajo por cuestiones médicas tan solo un día?

Si vas al médico, es imprescindible contar con un justificante médico existiendo también la posibilidad de que el médico de familia te extienda un parte de baja y alta para ese día.

### 14. ¿Me pueden despedir estando de baja?

La extinción del contrato se puede llevar a cabo mientras te encuentras en situación de IT, es decir, de baja, pero deben cumplirse unos requisitos formales y encuadrarse dicho despido dentro de alguna de las modalidades legales que existen:

- Despido Objetivo
- Despido Colectivo
- Despido Disciplinario

Debemos prestar una especial atención, pues en muchos casos, es la situación de IT el motivo fundamental del despido, siendo entonces su calificación de **improcedente o nulo**.

### 15. ¿Me pueden despedir por haber estado de baja?

**Si**, te pueden despedir.

Según la Reforma Laboral de 2012 el despido será considerado como procedente cuando faltes al trabajo por estar de baja por enfermedad común o accidente no laboral, y esas baja o bajas consecutivas alcancen el 20% de las jornadas hábiles en dos meses consecutivos, siempre que el total de las faltas de asistencia en los doce meses anteriores alcance el 5% de las jornadas hábiles, o el 25% en cuatro meses discontinuos dentro de un periodo de 12 meses.

**Es importante tener en cuenta que si la baja tiene una duración de más de 20 días consecutivos, no se tiene en cuenta para el cómputo de estas faltas de asistencia.**

## 16. ¿Qué pasa si me despiden o finaliza mi contrato durante la IT por contingencia común?

La extinción o finalización del contrato supone la pérdida de la relación laboral con la empresa. Sin embargo, esto no quiere decir que la situación de IT se termine, ya que la baja no acabará hasta que se esté totalmente recuperado.

Por tanto, seguirás percibiendo la prestación por IT en cuantía igual a la prestación por desempleo, descontándose dicha prestación del periodo de percepción de la prestación por desempleo. Es decir, a partir de la fecha de extinción del contrato de trabajo, el periodo de la situación de IT por contingencias comunes consumirá el periodo de prestación por desempleo.

## 17. ¿Qué pasa si me despiden o finaliza mi contrato durante la IT por contingencia profesional?

En este caso, durante lo que dure la baja laboral seguirás percibiendo la prestación por IT en cuantía igual a la que tenías reconocida en el momento en que te encontrabas trabajando (el 75% de la base de cotización por contingencias profesionales con las posibles mejoras establecidas en el convenio colectivo), con la gran ventaja que además de que en este caso no se consumirá la prestación por desempleo.

## 18. La empresa no me paga estando de baja

En la mayoría de los casos se cobra bajo “**Pago delegado**”, es decir, la empresa se lo ingresa al trabajador directamente, pero luego la Seguridad Social o la Mutua se lo reintegra a la empresa. Sin embargo en algunas situaciones hay incumplimiento del pago por parte de la empresa, en estos casos para poder cobrar la prestación de IT, se debe llevar a cabo la SOLICITUD DE PAGIO DIRECTO, siendo la Seguridad Social o la Mutua la que realiza el pago directo. Para ello hay que rellenar el impreso “**PAGO DIRECTO DE IT**”.

## 19. ¿Qué pasa con las vacaciones si me encuentro de baja por IT?

Las vacaciones podrán ser disfrutadas una vez termine la situación de IT.

Pueden darse distintas situaciones:

- Que el periodo vacacional no esté fijado en el calendario laboral de la empresa.
- Que el periodo vacacional no esté fijado en el calendario laboral de la empresa, pero además tenemos un contrato de duración determinada que finaliza ese mismo año.
- Que el periodo vacacional esté fijado en el calendario laboral de la empresa.
- Que durante el periodo vacacional iniciemos una IT.

En cualquiera de las situaciones anteriores, se ha de tener en cuenta lo establecido en la Ley 3/2012, de 6 de julio, que determina que cuando un periodo de vacaciones coincida con una IT que imposibilite al trabajador o trabajadora disfrutarlas, total o parcialmente, durante el año natural a que corresponden, el trabajador o trabajadora podrá hacerlo una vez que finalice su incapacidad y siempre que no haya transcurrido más de 18 meses a partir del final del año en el que se hayan originado.

## 20. ¿Qué pasa con las pagas extraordinarias si me encuentro en IT?

Las pagas extras se abonan en proporción al tiempo de trabajo y no en proporción al tiempo de baja, salvo norma, acuerdo o convenio en contra.

El motivo es que durante la IT el salario es sustituido por el subsidio correspondiente, en cuyo cálculo se toman en cuenta las pagas extraordinarias al estar incluidas en las bases de cotización.

Por tanto, si no hay acuerdo en contra y con independencia del subsidio por IT, no existe obligación de abonar dichas pagas por la proporción de los días de incapacidad.

## 21. ¿Qué pasa si estando en situación de desempleo caigo de baja?

Cuando una persona se pone enferma, por el motivo que sea, aunque no tenga ninguna relación laboral con ninguna empresa, **sí que tiene derecho a que se le tramite la pertinente baja laboral por IT.**

Hay que diferenciar tres situaciones:

1. Si la enfermedad que padeces proviene de un proceso anterior iniciado en el momento en que te encontrabas trabajando, no es motivada por un accidente de trabajo o enfermedad profesional y no han transcurrido 6 meses, el médico de cabecera tendrá que tramitar una baja laboral por recaída y percibirás la prestación por IT en cuantía igual a la prestación por desempleo y se te irá consumiendo tu prestación. Tienes que llevar los partes de baja a las oficinas del INEM.

Cuando se haya consumido todo el paro que tenías generado y sigas en situación de IT, deberás acudir a las oficinas de la Seguridad Social y solicitar que te sigan pagando la prestación por IT. Si cumples con los requisitos, seguirás cobrando la misma cuantía que la prestación por desempleo. Los partes de baja se entregan en las oficinas de la Seguridad Social.

2. Si la dolencia que padeces proviene de un proceso anterior, es motivada por un accidente de trabajo o enfermedad profesional ocurrida en el momento en que te encontrabas trabajando y no han transcurrido seis meses desde la primera baja, entonces se tramitará una baja también por recaída y durante el tiempo que dure tu baja laboral seguirás percibiendo la prestación por IT en cuantía igual a la que tenías reconocida cuando te encontrabas trabajando (75% de la base de cotización por contingencias profesionales) y no se consumirá la prestación por desempleo.
3. Por otro lado, si la enfermedad que padeces es nueva, de manera que cuando estabas trabajando nunca tuviste una baja laboral por ese motivo, hasta que se agote el paro seguirás percibiendo una cuantía igual a la prestación por desempleo.

Posteriormente percibirás el subsidio, y agotado el mismo una pensión no contributiva de cuantía correspondiente al 80% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples mensual vigente en cada momento (el llamado IPREM)

En todos los casos, la principal diferencia radica en que en lugar de acudir a sellar la tarjeta de desempleo o acudir a cursos que te ofrezcan como desempleado deberás acudir al médico pertinente para que tramite las bajas laborales hasta que finalice la IT

## **22. Estoy embarazada o en periodo de lactancia y considero que las tareas que realizo pueden afectar a mi salud y a la de mi hijo/a.**

Aunque no existe obligación de comunicar la situación de embarazo, en la práctica, si quieres que te reconozcan una situación especial de protección, debes decirlo.

Tras la comunicación debes solicitar una **evaluación de riesgos de tu puesto de trabajo** teniendo en cuenta tu nueva condición. La evaluación reflejará las medidas preventivas que se deben tomar.

Para apoyar tu petición, solicita al personal médico que lleva tu embarazo que realice un informe médico sobre tu estado, y para ello deberás explicarle que tareas realizas y los riesgos a los que estás expuesta. Con el informe y la evaluación de riesgos, deberás solicitar a tu empresa la eliminación o minimización de los riesgos y, si eso no es posible, el cambio de puesto.

Si no es posible ni minimizar los riesgos, ni cambiar de puesto, deberás solicitar la “suspensión temporal del contrato por situación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural”. Ante la mutua (entidad que tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales) solicitarás la prestación por riesgo durante el embarazo, que tendrá que **responderte en un plazo de 30 días naturales**. La prestación consistirá en un **subsidio del 100 % de la base reguladora** por contingencias profesionales.

En caso de que la respuesta de la mutua sea negativa y no te concedan la suspensión temporal, es importante que acudas a tu sindicato que te podrá ayudar.

Ten en cuenta que el tiempo corre y tu salud y la de tu hijo/a son lo primero y que debes realizar las siguientes reclamaciones:

- Reclamación en la Oficina Virtual de Reclamaciones de las mutuas.
- Reclamación ante el INSS.
- Presentar denuncia ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
- Si llega el caso, demandas ante el Juzgado de lo Social.



### Sobre: “Coger la baja”

Es muy, muy importante hablar con cuidado para evitar confusiones malintencionadas. Las bajas no se cogen, las bajas las propone y ejercita un/a profesional de la medicina que ha dedicado muchos años de su vida a formarse y siempre en función de tu estado de salud. Detrás de una baja, hay siempre un médico o médica que ha determinado con su criterio que un trabajador o trabajadora la necesita para recuperarse. Tanto acudir al trabajo estando enfermo, como la inadecuada recuperación o la incorporación al trabajo antes de tiempo, pueden ocasionar el agravamiento de enfermedades y de plazos de recuperación.

### Pide asesoramiento.

Sabemos que cuando estás en un proceso de incapacidad temporal, no estás es tu mejor momento para realizar trámites o reclamaciones.

El sistema actual de control de incapacidades es bastante complejo, cada procedimiento lleva diversos plazos, cada persona y cada caso tienen sus particularidades.

Conviene acudir al sindicato para que te ayude. No olvides que tu salud es lo más importante.

*“La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan”*

Henri Becque



