

Papel de las Mutuas en la regulación de la Incapacidad Temporal



Papel de las Mutuas en la regulación de la **Incapacidad Temporal**



Edita:

Unión Sindical de Comisiones Obreras de Aragón

Pº de la Constitución, 12

50008 Zaragoza

976 483 235

www.saludlaboralymedioambiente.ccooaragon.com

Depósito Legal:

Z-....

Papel de las Mutuas en la regulación de la **Incapacidad Temporal**

Glosario de términos	4
Presentación	5
Competencias de las mutuas	7
Objetivo de este cuaderno sindical	7
Incapacidad Temporal (IT)	8
Nuevos procesos de incapacidad temporal RD 625/2014	10
Procedimiento de control de la IT (RD625/2014)	11
Incapacidad temporal y desempleo	13
Normas relativas a la determinación de contingencia RD 625/2014)	16
El Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI)	21
El accidente de trabajo	23
La enfermedad profesional	27
Procedimiento de revisión del alta por contingencias profesionales	30
Contingencias comunes	33
Propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos de contingencias comunes (RD 625/2014)	35
Riesgo para el embarazo	36
Prestación por hijo enfermo de cáncer o enfermedad muy grave	39
Acción sindical	43
Órganos de participación en las mutuas	45
Problemas más habituales con las mutuas	47

Acrónimos usados en la publicación

Mutuas	Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social
SPS	Servicio Público de Salud (en Aragón SALUD)
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IT	Incapacidad Temporal
IT CC	Incapacidad Temporal por contingencias comunes
IT CP	Incapacidad Temporal por contingencias profesionales
AT	Accidente de Trabajo
EP	Enfermedad profesional
IP	Incapacidad permanente
EVI	Equipo de Valoración de Incapacidades dependiente del INSS
Parte Delta	Parte de accidente de Trabajo que rellena el empresario
CEPROSS	Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social
ITSS	Inspección de Trabajo y de Seguridad Social
Autoridad Laboral	Dirección General de Trabajo
Periodo de carencia	Número de días cotizados necesarios, para poder acceder a la prestación del sistema de la seguridad social
Pago directo	El pago de la prestación lo realiza la entidad gestora o la colaboradora.
Pago delegado	Es el que realiza la empresa cuando existe un contrato laboral
INAEN	Servicio público de empleo en Aragón
IPREM	Indicador público de renta de efectos múltiples



Presentación

El papel de las mutuas en la Regulación de la Incapacidad Temporal

El pasado día 1 de septiembre de 2014 entró en vigor el Real Decreto 625/2014 por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. Este Real decreto ha sido desarrollado por la Orden ESS/118/2015..

Esta norma regula aspectos de la gestión y control de la IT, y está orientada para que las mutuas dirijan esta prestación y actúen como autoridad de control, estableciendo la preferencia de sus decisiones sobre las de los médicos del Servicio Público de Salud e incluso de los inspectores médicos del SPS.

Las Mutuas en relación a las bajas y a sus prestaciones económicas, en lugar de estar controladas pasan a ser controladores. Las mutuas tienen acceso a los informes médicos (que son datos médicos confidenciales) que podrán ser utilizados para el control de las bajas, generando la indefensión del trabajador.

Entre otras novedades se establece un procedimiento de control de IT y se les da a los médicos de las Mutuas la facultad de solicitar el alta médica. No han conseguido las Mutuas el dar las altas en esta modificación normativa, pero han ganado posiciones ya que pueden proponer el alta, pueden consultar informes médicos del sistema público de salud, citarte a revisión médica,...

Pretenden estos cambios reducir el absentismo de corta duración, las bajas más frecuentes, ya que los 15 primeros días van a cargo económico exclusivo del empleador (y de ahí el mayor control de las mutuas).

Por el contrario, la nueva regulación de la IT no hace mención a la necesidad de implantar un sistema que posibilite el salir a la luz de la enfermedad profesional. Los datos nos dicen que alrededor del 20% de los procesos atendidos por el Sistema Público de Salud son de origen profesional. Si algo se hace necesario actualmente es desarrollar un procedimiento ágil para la tramitación de los diagnósticos de sospecha de enfermedad profesional.

CCOO no vamos a dejar de reivindicar el reconocimiento justo a las víctimas que han padecido o padecen procesos de enfermedad debidos a los años de trabajo expuestos a procesos, sustancias, elementos que han minado poco a poco, pero de forma irreparable, el estado de salud de las trabajadoras y trabajadores.

El presente cuaderno sindical es una breve guía que trata de exponer, de forma esquemática, distintas actuaciones como reclamaciones, recursos,... ante actuaciones de la Seguridad Social o las Mutuas en materia de bajas, altas indebidas, etc... De tal forma que se puedan realizar los trámites burocráticos precisos, en tiempo y forma.

En la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO nos preocupamos de las necesidades de las personas, y queremos decirles que, si en alguna ocasión los trabajadores pierden su salud en el trabajo, deben saber que tienen un equipo humano detrás para asesorarles y facilitarles el camino en la consecución de sus legítimos fines.

En CCOO reclamamos la defensa de la salud laboral fortaleciendo los servicios públicos en todos los aspectos, desde la gestión hasta el tratamiento de las dolencias por su eficacia, calidad de empleo y ausencia de interés comercial. La actividad de las mutuas debe ir reduciéndose a un mero complemento de un servicio público general de calidad para todos y todas.

Benito Carrera Modrego

Secretario de Salud laboral y Medio Ambiente CCOO Aragón



OBJETIVO DE ESTE CUADERNO SINDICAL

En los últimos años la normativa en relación a las bajas y altas en el trabajo, que se denominan incapacidades transitorias IT han cambiado bastante, y por eso hemos visto necesaria la realización de esta guía, para ponernos al día. Se han modificado plazos, lugares donde presentar los escritos o dónde recurrir,...

En este trabajo presentamos un conjunto de esquemas para que sea un instrumento de consulta rápida, con la idea de facilitar la tarea a los delegados y delegadas de prevención de nuestro sindicato. Hemos tratado de hacer una guía orientativa, que clarifique ante distintas circunstancias los pasos a seguir, ante quién actuar, dónde y cómo, y en qué plazos para así poder orientar a los compañeros y las compañeras que buscan asesoramiento.

No se pretende con ello que sean el delegado o la delegada quienes resuelvan el problema en sus diversas etapas y fases de los procedimientos, pero sí que sepan hacia dónde redirigir a la persona afectada para que pueda encontrar una respuesta a su demanda.

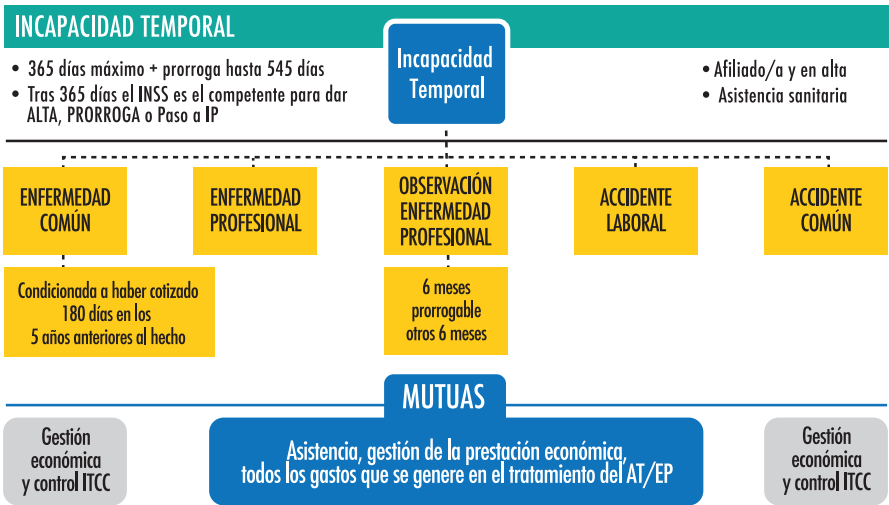
En muchos procedimientos, los plazos son un factor fundamental para poder organizar, desde el primer momento y sin perder las oportunidades, una defensa adecuada. Hemos pensado en un cuaderno sindical con sus explicaciones y sus cuadros para mayor claridad.

Deseamos que esta idea sea de utilidad, que resulte práctica. Como siempre, os agradeceremos las críticas o comentarios sobre la presente guía que nos hagáis llegar porque nos ayudan a mejorar en nuestro trabajo.

Como estos asuntos son complicados en muchas ocasiones, os comentamos que podéis contar con la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de CC.OO. para resolver vuestras dudas sobre estos temas, como siempre.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL

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



Cuantía de la prestación:

- **En caso de enfermedad común y accidente no laboral:**
 - 60% desde el día 4 hasta el 20 inclusive. Del 4º a 15º día de la baja a cargo del empresario, del día 16 en adelante a cargo del INSS/ MUTUA
 - 75% desde el día 21 en adelante.
- **En caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional:**
 - 75% desde el día en que se produzca el nacimiento del derecho.

Pago delegado: la empresa sigue retribuyendo al trabajador/a por las cuantías correspondientes a sus diversas situaciones, la empresa se descuenta de las cotizaciones a la Seguridad Social, los pagos efectuados a los trabajadores en IT. Estos pagos en caso de IT por contingencia común corresponden a partir del día 15 en adelante, ya que desde el día 4º al



15° incluido corren a razón del 60% a cargo exclusivo de la empresa (no pudiéndose descontar los mismos).

Pago directo: el trabajador en baja por contingencia común que ha extinguido su contrato de trabajo pasa a pago directo por parte del INSS o la mutua, si ésta gestionaba la prestación económica por contingencia común, (el pago directo lo tiene que solicitar el trabajador/a afectado).

En IT contingencia profesional al que se le extingue el contrato pasa con la mutua y, en todo caso, a pago directo.

Causas de la extinción de la prestación por IT

(arts. 128, 131 bis, 132 de la Ley General de la Seguridad Social, RDL 1/1994):

- Transcurso de los 365 días.
- Alta.
- Acceso a la pensión de jubilación.
- Inasistencia no justificada a los reconocimientos médicos tanto del INSS como de las mutuas.

Pérdidas o suspensión de la incapacidad temporal.

- Por actuación fraudulenta para la obtención del subsidio.
- Por trabajar por cuenta propia o ajena estando en la situación de IT
- Por abandono injustificado del tratamiento prescrito.

Nuevos procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, en función de su duración estimada

Real Decreto 625/2014 desarrollado por la orden ESS/1187/2015 de 15 de junio, **(entran en vigor el día 1 de diciembre del 2015)**.

En la nueva normativa, se establecen cuatro tipos de procesos de incapacidad temporal, según cual sea su duración estimada:

- a) Proceso de duración estimada muy corta; inferior a cinco días naturales.
- b) Proceso de duración estimada corta de 5 a 30 días naturales.
- c) Proceso de duración estimada media de 31 a 60 días naturales.
- d) Proceso de duración estimada larga, de 61 o más días naturales

Esto puede facilitar los trámites de confirmación de la baja, puesto que ya no será necesario acudir al médico cada 7 días para que confirme parte de baja.

A efectos de asignar la duración estimada en cada proceso el facultativo dispondrá de unas tablas de duración óptima de los distintos procesos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de los mismos en distintas actividades laborales.

Si la duración de la baja está próxima a llegar a los 365 días, recibirás una comunicación indicándote que a partir de ese momento, el control de tu baja será realizado por los médicos del INSS o de la entidad gestora.

TIEMPOS Y PLAZOS DE LOS PROCESOS ENTRE BAJA, REVISIÓN Y CONFIRMACIÓN

Procesos	Baja	Revisión médica	Confirmación
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 nat.	Extensión de la baja	Max. 7 días tras la baja se extiende el alta o se confirma la baja	Max. cada 14 días nat. entre sí. Siempre si se modifica el diagnóstico
Duración estimada entre 31 y 60 días nat.	Extensión de la baja	Max. 7 días tras la baja se extiende el alta o se confirma la baja	Max. cada 28 días nat. entre sí. 2º parte de confirmación incluirá informe médico complementario
Duración estimada 60 días naturales o más	Extensión de la baja	Max. 7 días tras la baja se extiende el alta o se confirma la baja	Max. cada 35 días naturales entre si



Procedimiento de control de la situación de incapacidad temporal (RD625/2014)

Hoy en día, desgraciadamente, un trabajador o trabajadora enferma es una persona cuestionada porque se sospecha que la inasistencia al trabajo no sea justificada y además, porque con la reforma laboral en la mano, esa inasistencia al trabajo se puede llevar a un despido.

El sistema público de salud (SPS), la Inspección médica, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y las Mutuas a través de su personal médico y personal no sanitario, ejercerán el control y seguimiento de la prestación de incapacidad temporal.

A tal efecto podrán acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a la situación de incapacidad temporal, a fin de ejercer sus respectivas funciones. Las mutuas no podrán acceder al historial médico completo del paciente, solamente al del proceso de baja en curso.



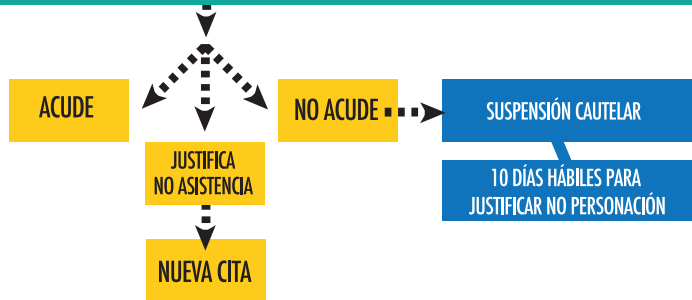
Como trabajador o trabajadora en situación IT, te puede llegar la citación para acudir al control de baja, en cualquier caso, la citación a reconocimientos médicos se tendrá que comunicar al afectado al menos con una antelación mínima de 4 días hábiles y por medios que dejen constancia de que la has recibido.

No debes conformarte con una llamada de teléfono, y si la recibes, te aconsejamos que pidas a la persona que llama que se identifique y que te informe de cómo y a través de qué medios ha obtenido tus datos. Es más, nunca facilites datos sobre tu estado de salud por teléfono.

Si no acudes a la cita se iniciará la suspensión cautelar de la prestación, y dispones de 10 días hábiles para justificar tu incomparecencia (presentando un informe médico en el que desaconseja moverte, que la cita la has recibido con menos de cuatro días, u otra causa,...).

Si justificas tu incomparecencia el INSS dictará una resolución, dejando sin efecto la suspensión cautelar, abonándote el periodo de suspensión y se reanuda la prestación, dándote nueva cita.

ANTE LA CITACIÓN (SIEMPRE MÍNIMO 4 DIAS HÁBILES ANTES DE LA FECHA)



Transcurridos los 10 días hábiles, si no aportas justificación suficiente de la incomparecencia, o no presentas justificación, se acordara la extinción del derecho a la prestación económica desde el día de la suspensión y te podrían dar el alta médica.

IMPORTANTE.

No tienes obligación de llevar los informes médicos a los controles de IT, ellos tienen medios para pedirlos directamente a la Seguridad Social y así se lo debes de decir.



INCAPACIDAD TEMPORAL Y DESEMPLEO

a) El trabajador en baja por IT Contingencia Común a quien se le acaba su contrato seguirá percibiendo la prestación en cuantía igual que la del desempleo al que tenga derecho y consumiendo el tiempo que le correspondería de ese periodo de desempleo. Tras el alta pasaría a la prestación por desempleo contributivo, por el tiempo restante, o al subsidio si diese lugar.

El Servicio Público de Empleo cotizará a la Seguridad Social, asumiendo la cotización que corresponda al trabajador en su totalidad por todo el período que se descuente como consumido Incluso cuando no se haya solicitado la prestación por desempleo.

b) El trabajador en baja por IT Contingencia Profesional al que se le extingue su contrato de trabajo seguirá percibiendo la prestación correspondiente a la IT, pasando a la situación de desempleo si cumple los requisitos, tras el alta. En este caso no agota el tiempo de desempleo con el de IT.

c) Trabajador en desempleo que pasa a IT:

- Si es **recaída** de un proceso anterior en el que existía un contrato en vigor: IT en cuantía del desempleo, que percibirá hasta el alta (aún finalizado el tiempo de desempleo). **Extensión IT, no de desempleo.**
- IT no recaída: cobro prestación por desempleo.
- AGOTADO desempleo, cobro 80% IPREM hasta alta

ALGUNAS ACLARACIONES EN ASPECTOS DE LA IT (INCAPACIDAD TRANSITORIA)

IT y desempleo: en general no se amplía periodo de desempleo. No obstante casuística particular

I Desempleo y recaída de un proceso cuando existía contrato en vigor



El trabajador está en desempleo y se ve afectado por un daño cuyo origen viene de un daño previo (luego es recaída) que se manifestó estando aún el trabajador en activo y cotizando (contrato en vigor):

- Percibe prestación IT en cuantía igual al desempleo.
- Si agota el periodo de desempleo: sigue percibiendo la prestación por IT, hasta el alta en la cantidad igual a la que correspondía por el desempleo, que era el que venía percibiendo.

II Desempleo sin recaída

Trabajador en **desempleo**

IT CC NO recaída

Prestación cuantía y tiempo **DESEMPLEO** contributivo

TIEMPO
FIN **DESEMPLEO**

SIGUE IT CC

ITCC en la cuantía igual al 80% IPREM. se solicita a Seguridad Social, INSS

- Prestación como desempleo y, al agotarse el tiempo y seguir en IT, se percibirá una prestación igual al 80% del índice PREM sin pagas extras.

III Contingencia Común

Fin relación laboral del contrato en vigor

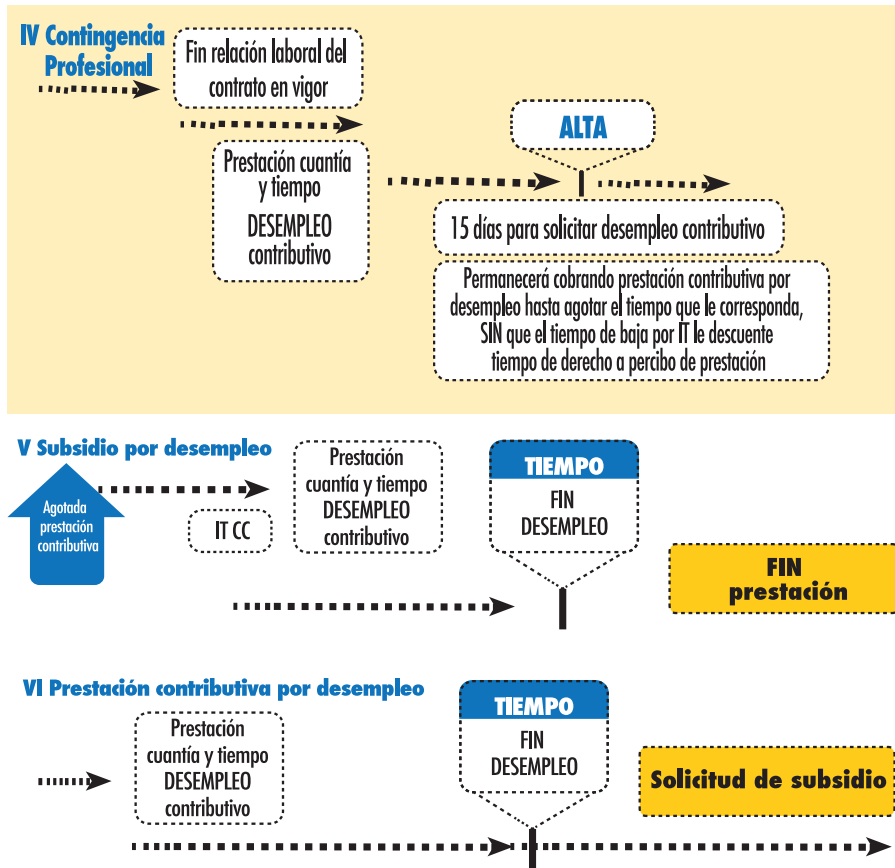
Prestación cuantía y tiempo **DESEMPLEO** contributivo

ALTA

15 días para solicitar desempleo contributivo

Permanecerá cobrando prestación contributiva por desempleo hasta agotar el tiempo que le corresponda (ha restado del mismo el que ha estado en baja por IT CC desde que finalizó su relación laboral)

Servicio Público de Empleo Estatal cotiza por el tiempo completo



El Servicio Público de Empleo será quien reciba las notificaciones de las bajas y gestionará las mismas: partes de confirmación y cotizaciones.

En el desempleo estar en situación de baja exime de tener que: sellar, presentarse a cursos de formación y ofertas de empleo. No obstante, el trabajador o la trabajadora desempleada en baja por contingencia común tendrán que presentar los partes de baja y confirmación semanal, hasta que el sistema público de salud o el INSS extiendan el alta correspondiente, sea por mejoría, curación, paso a incapacidad permanente o jubilación..

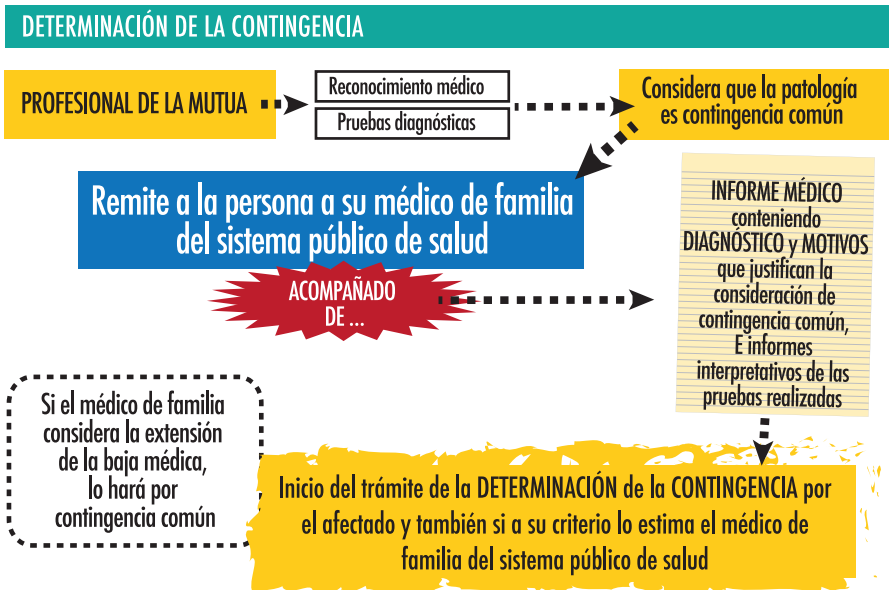
En el **pago directo** por parte de las mutuas, en situaciones de baja por contingencia profesional en la que se extingue la relación contractual, existe una situación particular a tener en cuenta, que es la ausencia de cotización por ese período; ya que no cotiza ni el Servicio Público de Empleo Estatal ni la Mutua.

Normas relativas a la determinación de contingencia causante de la incapacidad temporal (RD625/2014)

Procedimiento:

- 1º El facultativo de la Mutua que asista al trabajador podrá inicialmente, previo reconocimiento médico preceptivo y la realización en su caso de las pruebas que correspondan, considerar que la patología causante es de carácter común y remitir al trabajador al Servicio Público de Salud para su tratamiento, sin perjuicio de dispensarle la asistencia precisa en los casos de urgencia o de riesgo vital.
 - A tal efecto entregara al trabajador un informe médico en el que se describa la patología y señale su diagnóstico, el tratamiento dispensado y los motivos por los que justifican la determinación de la contingencia causante como común, al que acompañara los informes relativos a las pruebas que en su caso se hubieran realizado.
- 2º Con el informe de la Mutua el trabajador o trabajadora acudirá al Servicio Público de Salud y el médico de familia emite parte de baja por contingencia común. El trabajador/a si no está de acuerdo, podrá formular reclamación de determinación de contingencia ante el INSS que resolverá.
- 3º El facultativo del Sistema Público de Salud que emita el parte de baja podrá formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la Mutua, sin perjuicio, que el parte de baja por contingencias comunes produzca plenos efectos.
- 4º La resolución que se dicte establecerá el carácter común o profesional de la contingencia causante y el sujeto obligado al pago de las prestaciones derivadas de la misma y la prestación sanitaria.





RD 625/2014, Art 6. Procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal

El procedimiento para la determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal se podrá iniciar, a partir de la fecha de emisión del parte de baja médica por:

- De oficio, por propia iniciativa del INSS, o como consecuencia de petición motivada de la Inspección de Trabajo o del servicio público de salud competente para gestionar la asistencia sanitaria.
- A instancia del trabajador.
- Un inspector/a de Trabajo y Seguridad Social.
- A instancia de las mutuas 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.

Procedimiento:

El INSS comunicará la iniciación del procedimiento al servicio público de salud, a la mutua, o a la empresa colaboradora, cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia y en aquellos asuntos que les afecten. También se dará traslado al trabajador de la iniciación del procedimiento, cuando esta no hubiera sido a instancia suya. Para que, en el plazo de cuatro días hábiles, aporten la documentación necesaria e informen sobre la contingencia de la que consideran que deriva el proceso patológico y los motivos del mismo.

El INSS 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.

Si el SPS hubiera emitido parte de baja por contingencias comunes, se abonará la prestación de IT que 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.

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



EL informe preceptivo del EVI:

El equipo de valoración de incapacidades emitirá un informe preceptivo, que elevará al director provincial del INSS en el que se pronunciará sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad.

Plazo para resolver:

Emitido el informe del EVI, el Director Provincial 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.

Resolución:

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

- 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.
- 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.
- Sujeto responsable de las prestaciones económicas y sanitarias.

Efectos de la resolución:

Las resoluciones emitidas por la entidad gestora, podrán ser recurridas mediante reclamación previa ante el EVI (tiene 30 días para resolver), si resuelve en contra, o hay silencio administrativo, queda abierta la vía de la jurisdicción social.

DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA (el expediente administrativo está en trámite sin resolver)

Determinación de la Contingencia: si la persona no está conforme con la contingencia determinada ¿Qué tendrá que hacer?
En caso de IT en curso: la colaboradora no considera la contingencia de acuerdo con el interés del trabajador



El expediente está en curso; por ejemplo: una IT en la que se ha derivado de la mutua al sistema público de salud. La mutua ha derivados y el INSS aún no ha calificado.

Una vez resuelta la determinación de contingencia, se puede impugnar en la vía judicial social, siguiendo los siguientes pasos:

Determinación de la Contingencia: si la persona no está conforme con la contingencia determinada ¿Qué tendrá que hacer?
En caso de prestación reconocida y desacuerdo con la contingencia.



EL EQUIPO DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES

El **EVI** (Equipo de valoración de incapacidades) es el órgano que reglamentariamente se ha establecido para la formulación de dictámenes propuesta en incapacidad permanente”. También es el que **CALIFICA, previa solicitud** al respecto, el origen de una contingencia: como profesional o común. Como se ha presentado en el esquema anterior:

El EVI Provincial correspondiente, es presidido por el subdirector provincial de Incapacidades del INSS. Como vocales le acompañan:

- Un médico/a del cuerpo de inspectores médicos del Sistema Público de Salud.
- Un médico facultativo del cuerpo de inspectores médicos del INSS.
- Un inspector/a de Trabajo y Seguridad Social.
- Ejerciendo funciones a su vez de secretario: un funcionario o funcionaria titular de la unidad de tramitación de prestaciones del INSS Provincial.

Potestativamente, y dependiendo de los casos, pueden figurar como vocales también:

- Un especialista rehabilitador, si se determina que el caso es susceptible de mejora tras rehabilitación.
- Un técnico/a especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo si el caso a estudio es consecuencia de una situación en la que no se aplicaron las medidas de prevención

Procedimiento de actuación:

- 1. Iniciación** de oficio por la entidad gestora o a solicitud por parte de persona interesada o la Mutua.
- 2. Instrucción** estudio de documentación y derecho de audiencia y alegaciones para la persona interesada. El EVI formula el correspondiente dictamen-propuesta para que sea resuelto el expediente.
- 3. Resolución** por el director provincial del INSS. Tras el dictamen propuesta es el director provincial del INSS quien resuelve el expediente. Plazo 135 días. (El silencio administrativo es denegatorio).

Si existe desacuerdo del interesado en el plazo de 30 días tiene que presentar una reclamación previa ante la misma Dirección Provincial del INSS. Ante la respuesta o en ausencia de ella, tiene 30 días para interponer demanda ante Juzgado de lo Social.

Importante: ante el Juzgado de lo Social **sólo y exclusivamente se podrá demandar lo que ya se haya hecho en la reclamación previa.** No se puede ampliar el objeto de la demanda.

Una vez dictada sentencia por el Juzgado de lo Social, si no es conforme a sus intereses, el trabajador/a, en los cinco días hábiles posteriores a la notificación de la sentencia puede poner un recurso de suplicación ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma.

Sentenciado lo anterior, aún cabe recurso de casación para unificación de doctrina ante el Tribunal Supremo, si ante situaciones similares en cuanto a sujetos, hechos probados y fundamentos de derecho aplicables existen sentencias que se contradicen con la producida, por lo que se pide la anulación de esta última y que se aplique la doctrina mayoritaria al caso.



¿Por qué se hace necesario declarar las situaciones de accidente o enfermedad como contingencia profesional?

1. Beneficios colectivos:

- 1.1. Existe un amplio subregistro de daños derivados del trabajo, principalmente en lo que se refiere a trastornos músculo-esqueléticos y a enfermedades profesionales, por lo que debemos adoptar el compromiso firme de aflorar los daños derivados del trabajo para evidenciar las causas que los provocan y así adoptar las necesarias medidas preventivas.
- 1.2. Un daño que se trata individualmente no hace evidente que un centro de trabajo tiene condiciones inadecuadas, sólo lo que se declara de forma colectiva se previene con el fin de mejorar las condiciones de trabajo de toda la empresa. (lo que no se declara no se previene)
- 1.3. Existe un sistema específico de atención a los daños derivados del trabajo, con una financiación por cuotas

2. Beneficios individuales:

- 2.1. La base de cálculo para la prestación por contingencia profesional es más elevada que la de por contingencia común. Se tiene en cuenta la prorratea de horas extras realizadas en los 365 días anteriores a la ocurrencia del hecho.
- 2.2. Si el daño fue consecuencia de la omisión de medidas de prevención, se puede solicitar, a instancia de la Inspección de Trabajo, un recargo de prestaciones a cargo único del empresario incumplidor.
- 2.3. Las medicinas son gratuitas para el trabajador o trabajadora afectados.
- 2.4. No se requiere periodo previo de cotización o carencia para tener derecho a prestación económica compensatoria, además de asistencial o sanitaria.
- 2.5. Si la persona no estuviese dada de alta o afiliada al sistema de Seguridad Social, recibirá desde el primer momento los servicios necesarios y procederá a la afiliación y alta de oficio la Inspección de Trabajo. Pudiendo la Mutua o entidad gestora repercutir los costes de la asistencia o prestaciones dados a la empresa incumplidora.
- 2.6. Un trabajador con una enfermedad profesional reconocida, aun sin derecho a prestaciones, si es recolocado en un puesto compatible con su estado de salud, la empresa puede optar a una bonificación de un 50% de cuotas por contingencia común.
- 2.7. Existe una asistencia social que proveen las mutuas para mejoras económicas y financiación de necesidades para aquellos accidentes de trabajo o enfermedades profesionales con consecuencias y/o secuelas graves (comisión de prestaciones especiales)

EL ACCIDENTE DE TRABAJO

El sistema de Seguridad Social define qué es un Accidente de Trabajo y qué es una Enfermedad Profesional, así como los derechos y obligaciones derivados de estos hechos. De ahí la importancia de una correcta calificación de estos sucesos. Mientras que las alteraciones de la salud que tengan la consideración de accidente de trabajo o de enfermedad profesional se denominan por la Seguridad Social "contingencias profesionales", las que no entren en estas definiciones son consideradas "contingencias comunes".

La correcta declaración de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales es muy importante por sus implicaciones, económicas, sanitarias y preventivas.

EL ACCIDENTE DE TRABAJO Art. 115 Ley General de la Seguridad Social, RDL 1/1991

Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. (Los autónomos pueden beneficiarse de las prestaciones por contingencia profesional, cuando incrementan su cuota a Seguridad Social por este concepto y lo hacen a través de una mutua).



Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

- a)** Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. Denominados accidentes in itinere: en tiempo, vías, camino y recorrido habituales de casa al trabajo, siempre que se haya superado el umbral de la vivienda propia.
- b)** Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
- c)** Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- d)** Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- e)** Las enfermedades no incluidas en el artículo 116 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.

La prueba de la causa exclusiva recae en quien quiere demostrar que el daño es consecuencia del trabajo, por lo que es el empleado/a el que argumenta con sus medios de prueba para que el INSS reconozca. Es decir según el art.115 en caso de enfermedad tiene que demostrar el trabajador afectado que esa patología es consecuencia exclusiva del trabajo realizado o la exposición en el centro de trabajo.

- f)** Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. Por situaciones que tienen que ver con el trabajo habitual.
- g)** Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

Se presumirá, según el art. 115.3. de la Ley General de la Seguridad Social, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

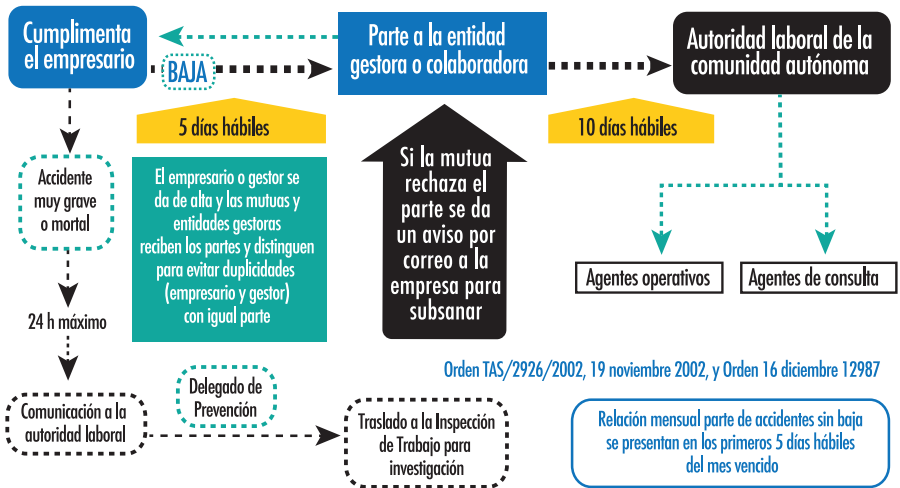
Pero el art.115.4 de la misma ley (LGSS) dice que: no obstante lo establecido en los apartados anteriores, **no tendrán la consideración de accidente de trabajo:**

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

El art.115.5 enuncia que **no impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:**

- a) La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.
- b) La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO, EL accidente de trabajo (sigue): DELT@



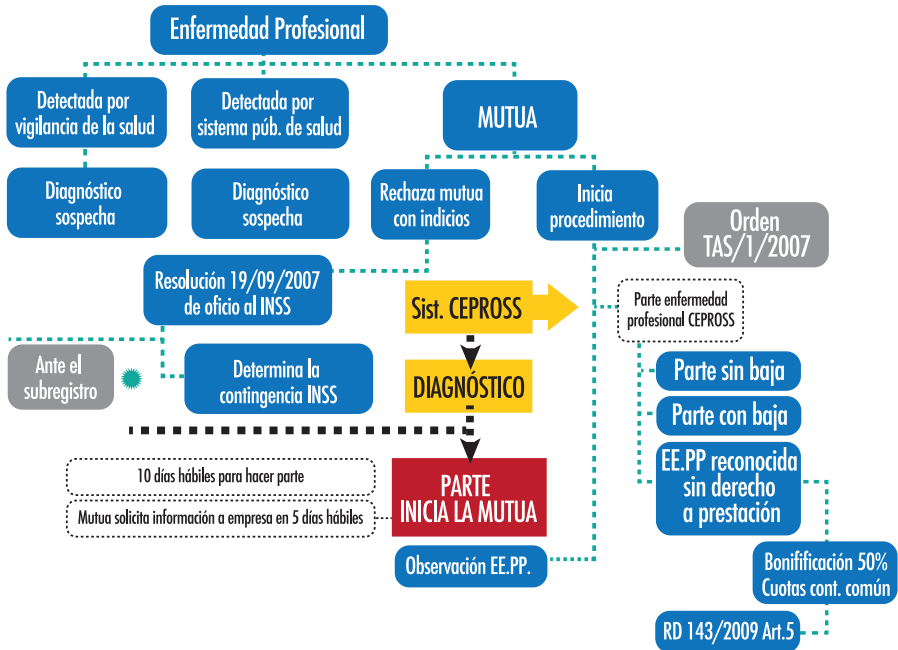
LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Para que una enfermedad sea considerada como profesional deben darse los siguientes elementos:

- 1.** Que sea a consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales. Es un cuadro limitado, con un listado cerrado de enfermedades profesionales. No obstante, las enfermedades profesionales que no se encuentren reflejadas en el mismo, pueden quedar incluidas en el concepto de accidente laboral, según establece el artículo 115, de la L.G.S.S., pero no tendrán la consideración de enfermedad profesional.
- 2.** Que proceda de la acción de sustancias o elementos que en el cuadro se indiquen para cada enfermedad. Cuando se puede establecer una relación causal entre la exposición laboral y una enfermedad que no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, dicha enfermedad puede ser legalmente reconocida como accidente de trabajo

Es decir, se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales vigente, y este provocada por elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

ENFERMEDADES PROFESIONALES (Art.126 Ley General de la Seguridad Social, RDL 1/1994)



El Cuadro de Enfermedades Profesionales vigente entró en vigor el 1 de enero de 2007 y es el que recoge el Real Decreto 1299/2006, además, el listado ha de ir recogiendo lo que se desarrolle al respecto en la Unión Europea.

- Listado probado. Anexo I.
- Listado que se puede ir alimentando con las evidencias científicas.



COMUNICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA



Cuando un trabajador o trabajadora sufra un problema de salud y piense que éste está relacionado con el trabajo, puede acudir directamente a la Mutua para que se declare, en su caso, la Enfermedad Profesional correspondiente.

Para la declaración, la Mutua pedirá al empresario los datos básicos del trabajador para la cumplimentación del parte (CEPROSS). Este paso, en ningún caso, paralizará el procedimiento de declaración.

Existe también la posibilidad de que el trabajador/a acuda a su **médico del sistema público de salud** (atención primaria o especializada), quien valorará si existen indicios de que la enfermedad pueda haber sido causada por el trabajo.

En su caso, el médico emitirá un diagnóstico de sospecha del posible origen laboral (con baja si el estado de salud del trabajador es incapacitante para el trabajo), y lo trasladará a la Inspección Médica, como autoridad jerárquica directa dentro del Sistema Público de Salud.

Una vez emitido el mencionado diagnóstico de sospecha, la autoridad sanitaria trasladará a la Mutua encargada de la cobertura dicha sospecha, para que emita, en su caso, el parte correspondiente.

En todo caso, es el INSS, como entidad gestora, quien tiene la última palabra: puede emitir resolución de determinación de contingencia, condenando, en su caso, a la Mutua a hacerse cargo del proceso.

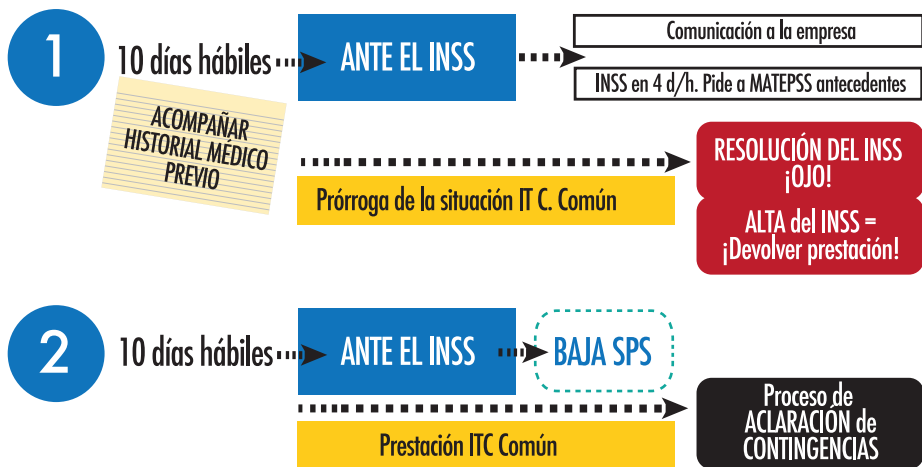
El trabajador y la trabajadora siempre tienen la posibilidad de acceder directamente al INSS para solicitar su pronunciamiento al respecto mediante un proceso de determinación de contingencias.

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DEL ALTA MEDICA POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

El interesado podrá instar la revisión del alta médica manifestando los motivos de su disconformidad con dicha alta. Se acompañara necesariamente del historial médico o en su caso de la copia de la solicitud de dicho historial sellada por la Mutua.

CUIDADO: si en la resolución del INSS, falla en nuestra contra y reconoce el alta desde la fecha que la emitió la mutua, tenemos que devolver la prestación recibida a la empresa, o negociar su cambio por vacaciones, etc. El INSS puede declarar nula la baja por contingencias comunes por impropiedad al concurrir dos procesos de baja por la misma patología, uno por contingencias comunes y otro por contingencias profesionales

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DEL ALTA DE LA MUTUA



Procedimiento:

- I.** Es el interesado el que inicia el procedimiento, instando a que se revise el alta de la mutua.
- II.** En el plazo máximo de 10 días hábiles posteriores a la notificación de esta alta.
- III.** Ante la Dirección Provincial de INSS. Motivando la razón de la discrepancia y aportando los Informes médicos al efecto.
- IV.** El interesado lo comunicará a su empresa en el mismo día en que presente la solicitud o en el siguiente día hábil.
- V.** Dos vías:
 - a)** Cuando el interesado solicite una baja médica derivada de contingencia común y se conociera la existencia de un proceso previo de IT por contingencias profesionales en el que se hubiera emitido un alta médica, el Servicio Público de Salud deberá informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar en el plazo de 10 días hábiles este procedimiento especial de revisión, y además con carácter inmediato comunicara al INSS la existencia de dos procesos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados
 - b)** Prórroga de la situación IT por contingencia profesional. Si posteriormente el INSS considera que el alta estuvo en tiempo y forma correctamente extendida por la mutua, el afectado deberá devolver las cantidades consideradas “indebidamente percibidas” en ese periodo de prórroga.
- VI.** El INSS comunicará a la mutua el inicio del expediente de revisión para que en cuatro días hábiles aporte esta mutua los antecedentes del caso y motivos del alta.
- VII.** La mutua podrá optar por la improcedencia del alta emitida y retrotraer la atención por contingencia profesional.
- VIII.** El director provincial del INSS, viendo el informe-propuesta preceptivo del EVI, dictará RESOLUCIÓN, en el plazo máximo de 15 días hábiles tras la aportación de la documentación por parte de la mutua.
- IX.** Esta RESOLUCIÓN del INSS determinará la fecha y efectos del alta médica o el mantenimiento de la baja; a la vez que la contingencia de la que deriva el proceso de IT.

Situaciones:

- Confirmación del alta de la mutua. (devolución de la prestación)
- Mantenimiento de la IT por contingencia profesional.
- Nueva fecha de efectos de alta médica en el periodo desde la disconformidad a la resolución del INSS.

El INSS resolverá también sobre la improcedencia de otras bajas médicas del sistema público de salud que pudieran haberse emitido durante la tramitación del procedimiento especial de revisión.

La resolución del INSS viene a entenderse como reclamación previa, acorde al art. 71 de la Ley de Procedimiento Laboral, si el interesado quiere persistir en su derecho y entrar en la vía judicial por discrepancia con el alta de la Mutua.



CONTINGENCIAS COMUNES

El artículo 128 de la vigente Ley General de la Seguridad Social, RDL 1/1994, expone que tendrán la consideración de INCAPACIDAD TEMPORAL las debidas a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras:

- Exista un impedimento de salud que impida el normal desarrollo del trabajo habitual.
- La persona reciba asistencia sanitaria pública con el fin de su recuperación.

Se establece una duración máxima del proceso de 365 días (prorrogable 180 días más si se prevé un alta por curación).

Pasados los 365 días (sea por contingencia común o profesional), incluyendo un resumen de las recaídas y periodos de observación, será el INSS, concretamente el EVI el que optará por:

- Prórroga expresa de 180 días.
- Expediente de incapacidad permanente.
- Alta médica.
- En caso de alteración de salud por el mismo origen o causa, en el plazo de los 180 días siguientes al alta, sólo será el INSS el competente para volver a dar una baja.

Frente al ALTA MÉDICA POR CONTINGENCIAS COMUNES se establece un procedimiento extraordinario de disconformidad del trabajador/a:

DISCONFORMIDAD CON EL ALTA EMITIDA POR EL INSS



Procedimiento

- I. Lo inicia el interesado en el plazo máximo de 4 días naturales (incluye domingos y festivos).
- II. Se presenta la disconformidad, acompañando los informes médicos que la avalen, ante la INSPECCIÓN MÉDICA del sistema público de salud.
- III. La Inspección médica del sistema público de salud, si discrepa de la decisión del INSS, tiene 7 días naturales como máximo para presentar motivadamente (con razones y fundamento) la discrepancia a la resolución del INSS.
- IV. El INSS tiene 7 días naturales para una segunda resolución motivada y expresa frente al criterio discrepante de la inspección médica del sistema público de salud. Puede reafirmar el alta o prorrogar la situación de IT a todos los efectos.
- V. La Inspección médica del sistema público de salud puede confirmar la decisión del INSS o si en 11 días naturales tras la resolución de alta del INSS hay silencio administrativo por parte de esta inspección médica del sistema público de salud, entonces la resolución de alta del INSS cobra plenos efectos.

Se prorroga a efectos de prestación y justificación la IT en esos 11 DÍAS NATURALES.

ALTA POR CURACIÓN POR PARTE DEL INSS SIN AGOTAR LOS 365 DÍAS DE BAJA POR IT

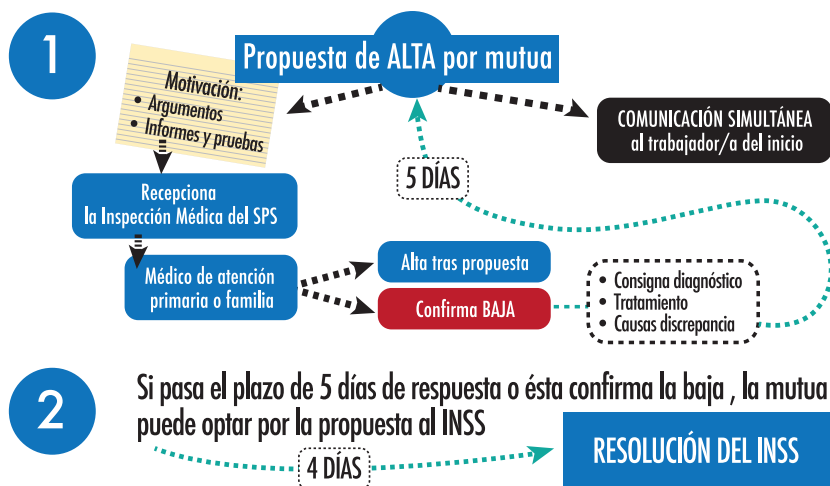


Propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos de contingencias comunes (RD 625/2014)

Las mutuas podrán formular propuestas motivadas de alta médica, a las que acompañara los informes y pruebas que en su caso se hubiesen realizado, previa comunicación al trabajador afectado para su conocimiento de que se ha enviado propuesta de alta.

Procedimiento:

1. Las propuestas de alta de las mutuas se dirigirán a las unidades de la inspección médica del SPS. (plazo de 5 días para resolver)
2. La inspección médica las remitirá inmediatamente a los facultativos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso.
 - Los facultativos deberán pronunciarse bien confirmando la baja médica justificando su discrepancia, la inspección trasladara a la mutua este informe junto con la actuación realizada
 - Admitiendo la propuesta de alta de la mutua y expedir el correspondiente parte de alta
3. Si la inspección no recibe contestación o discrepa de la misma, podrá acordar el alta médica
4. Cuando la propuesta de alta formulada por la Mutua no fuese resuelta y notificada en el plazo de cinco días, la mutua podrá solicitar el alta al INSS que resolverá en el plazo de cuatro días siguientes a su recepción.



RIESGO PARA EL EMBARAZO

Es la situación en la que se encuentra la trabajadora sana y embarazada que, debido a las condiciones del puesto de trabajo y la no posibilidad de eliminarlas, controlarlas o cambiar a un puesto de trabajo libre de esos riesgos para el embarazo, se procede a la suspensión del contrato de trabajo.

El contrato de trabajo debe tener la garantía de perdurar en el tiempo, por ello, la ley establece una serie de situaciones para evitar que ante determinados acontecimientos la relación laboral se rompa.

La suspensión del contrato consiste en que el contrato de trabajo sigue existiendo, está vigente, pero se interrumpen temporalmente las principales obligaciones del trabajador y del empresario, no hay prestación de servicios ni retribución por parte de la empresa.

En el caso del riesgo para el embarazo existe una prestación económica que trata de cubrir la necesidad de la trabajadora que suspende su contrato por causa no deseada y debida a unas condiciones de trabajo inadecuadas para ella o para el no nacido.

El sistema de Seguridad Social prevé una cobertura para tal situación que no signifique un perjuicio ni Económico ni de reingreso en el puesto de trabajo.

Requisito: estar afiliada y en alta, en situación de activa y al día en cotizaciones a la Seguridad Social.

Finaliza la prestación por: fin de la situación de riesgo, reincorporación a puesto compatible, extinción del contrato, fallecimiento de la madre o pérdida del no nacido, inicio del descanso por maternidad.

El contenido de la colaboración en la gestión de los subsidios por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural, atribuida a las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, comprenderá la declaración del derecho al subsidio, así como su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción y, en general, todas las actuaciones tendentes a comprobar los hechos, condiciones y requisitos necesarios para el acceso al trabajo y su mantenimiento.

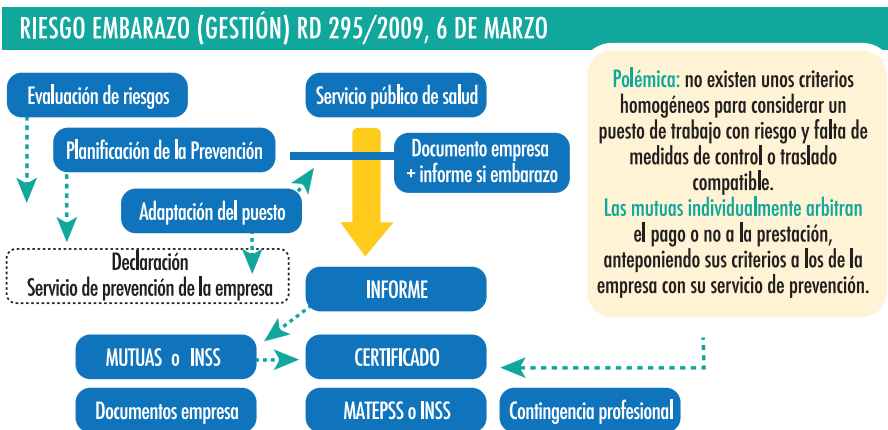
Los actos por los que se declare el derecho a la prestación económica o por los que se deniegue, suspenda, restrinja, anule o extinga el derecho



deberán ser motivados y se formalizarán por escrito, quedando supeditada la eficacia de los mismos a su notificación a los beneficiarios.

Disposición adicional tercera del RD 295/2009. Guías para la determinación de los riesgos derivados de los puestos de trabajo.

Con el fin de valorar de manera homogénea la existencia de riesgos durante el embarazo y durante la lactancia natural, el Ministerio de Trabajo elaborará las correspondientes guías en las que se definan los riesgos que pueden derivar del puesto de trabajo, y en las que se recogerá una relación no exhaustiva de agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que pueden influir de forma negativa en la salud de las trabajadoras o del feto, en caso de embarazo, y en la madre o en la del hijo, en supuestos de lactancia natural.



Tramitación:

I. Comunicación a la empresa por parte de la trabajadora de su situación (Acto voluntario). Se demostrará con los informes del profesional del sistema público de la salud que le atienda. Ni la empresa ni la mutua pueden realizar ningún tipo de intervención ginecológica en ningún momento de la gestión de esta prestación.

II. Envío a un puesto de trabajo sin riesgo, que se ha debido establecer al realizar la evaluación inicial de riesgos

III. Si el servicio de prevención de la empresa, con la certificación del empresario, establece que no se pueden evitar los riesgos en el puesto de trabajo ni existe puesto compatible libre de riesgo, se inicia la SOLICITUD a la entidad colaboradora-Mutua.

Tal trámite se hace antes que la empresa suspenda el contrato, ya que de no certificar la mutua el paso a la prestación, la trabajadora se encontraría con su contrato suspendido y sin derecho a prestación.

IV. Documentos para la mutua:

- Certificado del sistema público de salud de que está en un embarazo sano.
- Informe del servicio de prevención y la empresa de la existencia de riesgo y no haber puesto compatible.

V. La Mutua certifica y establece el momento (semana) a partir del que se puede acceder a la prestación.

VI. Suspensión del contrato por parte de la empresa en el momento señalado por la mutua para pasar a la prestación.

Importante:

No procede la prestación si la trabajadora requiere asistencia sanitaria (embarazo de riesgo) y está impedida para el trabajo, en cuyo caso la prestación que le corresponde será la de incapacidad temporal y tras el parto la prestación por maternidad.

No se puede acceder a la incapacidad temporal durante la situación de riesgo por embarazo. Finalizada la situación de riesgo, si la beneficiaria precisa asistencia sanitaria y se encuentra impedida para el trabajo, se iniciará la situación de incapacidad temporal que corresponda siempre y cuando reúna los requisitos generales para tener derecho a esta prestación.



Prestación por hijo enfermo de cáncer o enfermedad muy grave

La reducción de jornada para el cuidado de menores enfermos de cáncer u otra enfermedad grave que requiera ingreso hospitalario o de larga duración y, además, precisen cuidado directo, continuo y permanente de sus progenitores, adoptantes o acogedores.

Duración:

- Reducción de la jornada de trabajo, al menos, del 50% para el cuidado del o de la menor.
- Durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad y hasta que cese la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente del o de la menor.
- El periodo inicial de reconocimiento será de un mes, prorrogable por periodos de dos meses, cuando subsista la necesidad del cuidado del menor, y como máximo hasta los 18 años, necesidad que deberá acreditarse mediante declaración del facultativo del Servicio Público de Salud (SPS) u órgano de la Comunidad Autónoma correspondiente responsable de la asistencia médica del menor.

Esta prestación va dirigida a:

- Mujeres (progenitoras, adoptantes o acogedoras de carácter preadoptivo o permanente)
- Hombres (progenitores, adoptantes o acogedores de carácter preadoptivo o permanente)
- Se reconoce a uno o una de los progenitores
- El subsidio se reconocerá en proporción al porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo.
- La prestación de la Seguridad Social consiste en abonar el 100% de la base reguladora correspondiente a la incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales en proporción a la reducción de la jornada de trabajo.

Requisitos:

- Se exige una reducción de la jornada de trabajo en, al menos, un 50% de su duración.
- Se requiere que ambas personas progenitoras, adoptantes y acogedoras trabajen y se encuentren afiliadas a la Seguridad Social.
- El trabajador o trabajadora, deberá preavisar a la empresa precisando la fecha en que iniciará y finalizará la reducción de jornada.

- Acreditar el período de cotización exigido en cada caso (menores de 21 años, entre 21 y 26 y mayores de 26 años).
- El cáncer o enfermedad grave que padezca el o la menor deberá implicar un ingreso hospitalario de larga duración que requiera su cuidado directo, continuo y permanente, durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que:

- Cuando ambos progenitores, tuvieran derecho al subsidio, sólo podrá ser reconocido en favor de uno o una de ellos.
- Podrán alternarse en el percibo del subsidio por periodos no inferiores a un mes mediante acuerdo entre ambas personas progenitoras, adoptantes o acogedoras y la empresa o empresas respectivas. En este caso el percibo del subsidio quedará en suspenso cuando se reconozca un nuevo subsidio a la otra persona progenitora, adoptante o acogedora.
- Por convenio colectivo se podrá acumular esta reducción en jornadas completas.
- Se consideran enfermedades graves las incluidas en el listado del Anexo del RD 1148/2011, de 29 de julio, BOE 30 de julio de 2011.
- Las cotizaciones se computan en la cuantía que hubiera correspondido sin reducción de jornada, incrementadas al 100%, a efectos de prestaciones por jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, maternidad y paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural e incapacidad temporal.
- Si tras la reducción de jornada la persona trabajadora se acogiera a una excedencia por cuidados de menor u otros familiares, las cotizaciones realizadas durante la reducción, se computarán incrementadas al 100% de la cantidad que hubiera correspondido sin reducción de jornada, a efectos de la consideración como cotizados los períodos de excedencia.
- La prestación por desempleo se calcula con las bases de cotización incrementadas al 100%, las que hubieran correspondido sin la reducción de jornada.
- Las indemnizaciones por despido se calculan con el salario que hubiera correspondido sin reducción de jornada.

La percepción del subsidio quedará en suspenso:

- En las situaciones de Incapacidad Temporal, durante la maternidad o paternidad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo y en general, cuando la reducción de la jornada de trabajo por cuidado de menores afectados concorra con cualquier causa de suspensión de la relación laboral.



- Cuando, por motivos de salud, la persona que se hacía cargo del menor no pueda atenderle y se encuentre en situación de Incapacidad Temporal o en período de descanso obligatorio de maternidad por nacimiento de hijo o hija,
- Podrá reconocerse un nuevo subsidio a la otra persona progenitora, adoptante o acogedora, siempre que reúna los requisitos para tener derecho al subsidio.

La prestación se extinguirá por:

- La incorporación plena de la persona beneficiaria al trabajo.
- Cesar la necesidad del cuidado del menor o de la menor.
- Cuando una de las personas de los progenitoras, adoptantes o acogedoras cesa en su actividad laboral.
- Cumplimiento de los 18 años del o de la menor.
- Fallecimiento del o de la menor o la persona beneficiaria de la prestación.

La prestación se solicita en:

- Se debe presentar un modelo de solicitud de la Entidad Gestora o, en su caso, de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, así como la documentación necesaria para acreditar los datos reflejados en la solicitud.
- El plazo para solicitar la prestación, es a partir del mismo día en que dé comienzo la reducción, siempre que la solicitud se formule en el plazo de 3 meses desde la fecha en que se produce la reducción.
- Transcurrido dicho plazo, los efectos económicos del subsidio tendrán una retroactividad máxima de 3 meses.
- La Entidad Gestora o la mutua dictarán resolución expresa y notificarán en el plazo de 30 días, contados desde la recepción de la solicitud.

Documentación mínima requerida, para iniciar el proceso:

- Acreditación de identidad de las personas solicitantes al igual que la del menor o de la menor causante si tiene 14 años.
- Certificado de la empresa en el que consten la cuantía de la base de cotización de la persona correspondiente al mes previo a la fecha de inicio de la reducción de jornada.
- Certificado de la empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada de la persona con indicación del porcentaje en que ha quedado fijada dicha reducción de jornada.
- Declaración del facultativo o de la facultativa del Servicio Público de Salud en el que conste que el menor o la menor está afectado o afectada

por cáncer u otra enfermedad grave que requiere ingreso hospitalario de larga duración,

- Libro de familia o, en su defecto, certificado de la inscripción en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción.
- Resolución judicial o administrativa por la que se haya concedido el acogimiento familiar preadoptivo o permanente o, en su caso, la tutela del o de la menor.
- En el supuesto de no convivencia de personas progenitoras, y en ausencia de acuerdo sobre quién debe percibir la prestación: documentación que acredite la custodia o a cargo de quién está el menor o la menor.
- La familia monoparental, quedará acreditada si consta en el libro de familia una solo progenitora o un solo progenitor. Si constan dos personas progenitoras, se aportará la partida de defunción o la resolución judicial que acredite dicha situación.

Prestación con hijo enfermo de cáncer o enfermedad muy grave: RD 1148/2011, 29 de julio

Subsidio por reducción de jornada para la atención directa, continua y permanente al menor. Dada la gestión a las mutuas y soportado con la cuantía económica derivada de la contingencia profesional.



ACCIÓN SINDICAL

Los trabajadores y trabajadoras, es conveniente que tengamos presente la importancia de considerar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales como contingencias profesionales, tratadas por las Mutuas, y no como contingencias comunes y derivadas a la Seguridad Social.

Por varias razones:

- El tratamiento médico farmacéutico es gratuito en las cont. profesionales.
- Durante el periodo de baja los porcentajes de la prestación por IT son más altos en las contingencias comunes.
- Las contingencias profesionales abren el camino para solicitar indemnizaciones (incumplimientos empresariales en materia de riesgos laborales pueden dar lugar a un recargo de prestaciones)

¿Por qué es importante?

- CONTRIBUYE A HACER VISIBLE EL RIESGO LABORAL creando la obligación de establecer medidas preventivas.
- TAMBIEN IMPIDE QUE EL SISTEMA PÚBLICO asuma el coste que debería correr a cargo de las Mutuas. Es demasiado común que la Mutua derive accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a la Seguridad Social.

Si tienes ese problema, puedes:

- Ponerte en contacto con responsables de salud laboral de CCOO.
- Rellenar la hoja de reclamaciones
- Tramitar una determinación de contingencias para que determinen el origen laboral o no de la contingencia

Los trabajador/as disconformes con la atención recibida por parte de una Mutua: por disconformidad con el alta médica, porque no te reconozcan un derecho a una prestación, por la extinción de la prestación, pueden reclamar:

- Rellenando la Hoja de Reclamaciones en el mismo centro asistencial de la Mutua donde nos han atendido.

Es importante reclamar porque queda constancia de la reclamación y además recibirás contestación.

¿Por qué reclamar?

Cuando percibas que las actuaciones de las mutuas no se atienen a la función de restablecimiento de la salud, que es para lo que deben estar, debes de dejar constancia por escrito de esta situación. Hay que dejar en

evidencia de las actuaciones susceptibles de atentar contra los derechos de los trabajadores.

Para, mejorar las actuaciones de las mutuas respecto a sus principales usuarios que son los trabajadores y trabajadoras; a la vez que conseguir que los mismos puedan verse resarcidos adecuadamente de los posibles daños que esas actuaciones puedan suponer tanto a nivel de salud como de perjuicio económico. Hay que tener en cuenta que:

- Las mutuas deberán conservar la documentación relativa a prestaciones y su gestión por un plazo MÍNIMO de 5 AÑOS.
- Las mutuas dispondrán EN TODOS SUS CENTROS de libros de RECLAMACIONES integrados por las correspondientes HOJAS, que serán conocidos y estarán a disposición del público.
- Las reclamaciones serán remitidas por la mutua a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo máximo de 10 días tras la formulación presentada, adjuntando informe de la mutua sobre los hechos.

A través de la Oficina Virtual de Reclamaciones a Mutuas rellenando un formulario on line. Si tienes algún problema para hacerlo acude a tus representantes para que te ayuden.

RECORIDO DE LA RECLAMACIÓN A TRAVÉS DE OVR



Recomendamos usar la **Oficina Virtual de Reclamaciones (OVR)** para reclamantes ante las mutuas. <http://www.ovrmatepss.es/virtual/>

- Las reclamaciones se han 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 receptiona esa dirección general que la transmite a la mutua para que responda; la misma dirección general recibirá la respuesta y la facilitará al reclamante.



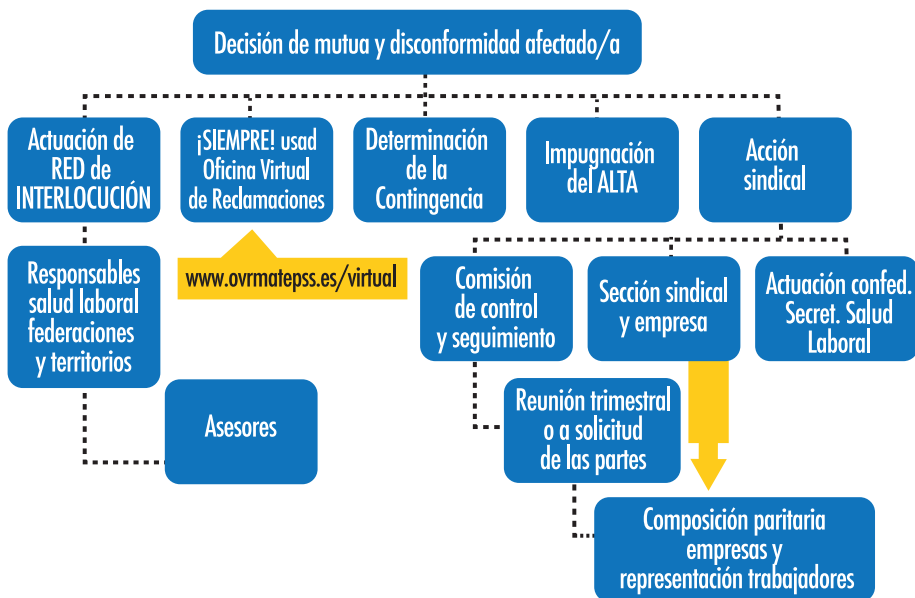
Órganos de participación en las mutuas

Comisiones de control y seguimiento de las mutuas:

Son el órgano de participación de los agentes sociales. En esas comisiones tienen conocimiento de nuevos nombramientos, conocen los criterios de actuación de la Mutua, informan el proyecto de memoria anual previo a la remisión a la junta general.

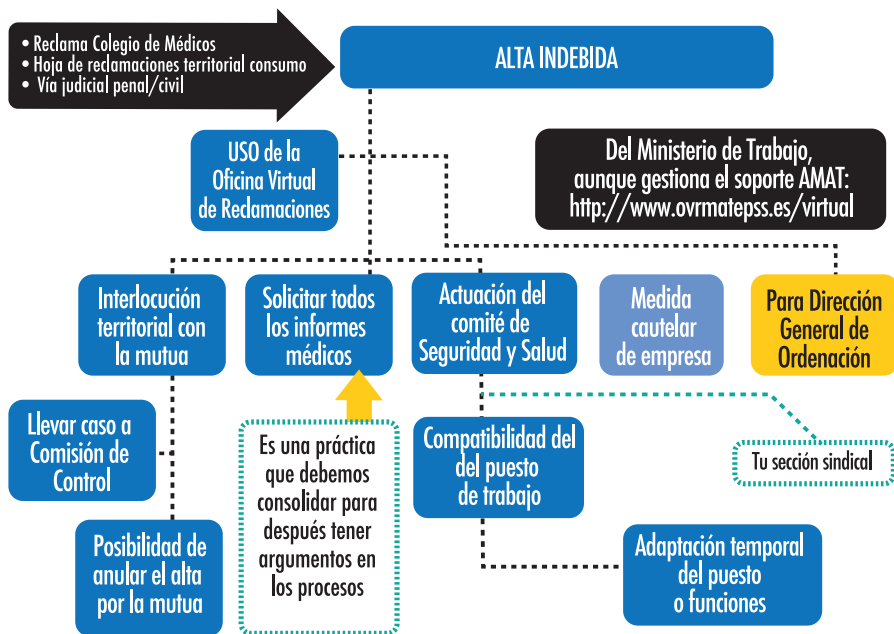
También se tratan o pueden tratarse conflictos que existan entre la actuación de la Mutua y los trabajadores.

ACTUACIÓN SINDICAL ANTE DECISIONES DE LAS MATEPSS



También tienen participación los agentes sociales en las comisiones de prestaciones especiales. En esta comisión se aprueban prestaciones, mas allá de las estrictamente recogidas en el sistema nacional de salud para trabajadores que hayan sufrido un accidente de trabajo o enfermedad profesional con perjuicios graves.

OTRAS ACTUACIONES ANTE EL ALTA INDEBIDA MUTUA (sigue)



Problemas más habituales con las mutuas

1. No declaración de contingencia profesional. La mutua deriva al médico de familia los casos que le vienen como contingencia profesional.
2. Conflicto para la extensión de la baja, cuando el médico de atención primaria (MAP) atiende un caso que considera evidente como contingencia profesional. Peregrinar del trabajador desde el SPS a la mutua.
3. La inspección médica se desinhibe de la calificación del daño y su gravedad. Tampoco interviene en el subregistro de contingencia profesional y de enfermedades profesionales en particular.
4. Desacuerdo con la calificación del daño en el parte de accidente de trabajo. Situaciones “leves” en su gran mayoría cuando las consecuencias del accidente son graves o muy graves.
5. Protocolo para la obtención del “volante de asistencia”. Elemento imprescindible para ser atendido en la mutua. En muchas ocasiones prima la decisión de la empresa sobre una clasificación objetiva del origen del daño.
6. Problemas para la obtención del volante de asistencia en los accidentes IN ITINERE.
7. Intento de cobro de asistencias en daños que no se dan como profesionales por parte de la mutua y se derivan al sistema público de salud.
8. Rehabilitación por accidente sin baja tratado por la mutua fuera del horario de trabajo y no compensable.
9. Control de la contingencia común por la mutua. Citas a reconocimiento médico. Actuación desde el primer día de la baja sin respeto al tiempo estándar de baja por la patología. Estigmatización de personas para revalorizarles un seguimiento cada vez que exista de las mismas una baja por enfermedad común.
10. Propuestas de alta por la mutua en situaciones de contingencia común. Se rechaza el caso como contingencia profesional y después la mutua quiere asumir el control una vez que el MAP ha extendido la baja, diagnosticado y seguido el proceso. Injerencias y ofertas de tratamiento poco transparentes.
11. Solicitud de información médica para el control de procesos de IT contingencia común por medio de llamada telefónica.
12. Solicitud del historial médico completo del trabajador en las citas de control de contingencia común. Sin informar de su derecho a la no entrega.
13. Falta de profesionales en las mutuas para atender todas las contingencias comunes a las que siguen como parte de gestión de la prestación económica.

14. Lejanía de los centros de control de la contingencia común de las mutuas. Lo que obliga a desplazamientos de los trabajadores y trabajadoras sin compensación de los gastos.
15. Adelantamiento de la alta médica sin curación plena y reincorporación al puesto de trabajo.
16. Percepción de mala praxis médica en atención a daños derivados del trabajo.
17. Negativa a la continuidad de tratamientos y derivación al MAP para su atención como contingencia común.
18. Falta de reconocimiento de enfermedades profesionales/subregistro de enfermedades profesionales.
19. Privación de las prestaciones especiales en mutuas de escaso interés por el tema.
20. No abono de los gastos de desplazamiento. Orden TIN/971/2009 y su contradicción con la Resolución 21 de octubre de 2009 SESS.
21. Clasificación de las recaídas. Dificultad del reconocimiento.
22. Pago directo por la mutua con adelantamiento de la alta médica.
23. Falta de información sobre el ejercicio de los derechos de cancelación, rectificación, modificación y extinción de datos sensibles de salud que obran en las mutuas en sus centros propios o concertados.
24. Situación de los trabajadores y trabajadoras con enfermedad profesional declarada, sin derecho a prestación periódica por incapacidad permanente y su dificultad para la recolocación con las garantías de un "trabajador especialmente sensible".
25. Gobernanza de mutua sólo por los empresarios. Falta de presencia de los usuarios. Falta de información y transparencia.





Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
CCOO-Aragón
Pº Constitución, 12 • 50008 Zaragoza
976 483 276 / 976 483 300 / 976 483 282
secretariasaludlaboral@aragon.ccoo.es

