

GUÍA

de consulta sobre la gestión de las **PRESTACIONES** por **INCAPACIDADES LABORALES**



comisiones obreras
de Castilla y León



GUÍA

de consulta sobre la gestión
de las **PRESTACIONES** por
INCAPACIDADES LABORALES

EDITA:

Secretaría de Salud Laboral
U.S. de CC.OO. Castilla y León

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Las 2 de la mañana (www.las2am.es)

IMPRIME:

DEPÓSITO LEGAL:

1. INCAPACIDAD LABORAL

1.1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INCAPACIDAD LABORAL

⦿ ¿QUÉ ES UNA INCAPACIDAD LABORAL?

Es la situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera temporal o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social.

1.2. CLASIFICACIÓN DE LAS INCAPACIDADES LABORALES

En función de la duración de la incapacidad, se dividen en dos grupos:

⦿ INCAPACIDAD TEMPORAL

Situación en la que se encuentra el trabajador impedido para trabajar de manera temporal como consecuencia de una enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo.

⦿ INCAPACIDAD PERMANENTE / INVALIDEZ

Situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

2. INCAPACIDAD TEMPORAL

2.1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES

En función del origen que tengan, las incapacidades se pueden dividir en dos grupos:

⦿ INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES, (I.T. POR C.C.)

Es aquella situación legal en la que se encuentran los trabajadores/as que no pueden realizar su trabajo por razones de salud debido a un **accidente** o una **enfermedad** cuyo origen **no es laboral**.

⦿ INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, (I.T. POR C.P.)

Es aquella situación legal en la que se encuentran los trabajadores/as que no pueden realizar su trabajo por razones de salud debido a un **ACCIDENTE DE TRABAJO** o una **ENFERMEDAD PROFESIONAL**.

A partir del **24 de marzo de 2007** y como consecuencia de la entrada en vigor de *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, también tendrán la consideración de contingencia profesional la situación de **RIESGO DURANTE EL EMBARAZO** y **RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL**.

3. INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

3.1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

¿QUÉ ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR I.T. POR C.C.?

La prestación económica por I.T. por C.C. trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador, debido a una enfermedad común o accidente no laboral, está imposibilitado temporalmente para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

¿QUIÉN TIENE DERECHO A LA PRESTACIÓN?

Las personas integradas en el régimen general de la Seguridad Social (SS) que reúnan los siguientes requisitos. (*Artículo 130 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS)*).

- Estar afiliadas y en alta o en situación asimilada al alta en la fecha del hecho causante, mientras reciban asistencia sanitaria de la SS y estén impedidas para el trabajo.
- Tener cubierto un periodo de cotización de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de la baja.

¿CUÁL ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA?

- Los 3 primeros días no se cobra nada, corren a cargo del trabajador.
- Desde el día 4 hasta el 20 inclusive corresponde el 60% de la **base reguladora**. (En este periodo desde el día 4 hasta el día 15 inclusive, la prestación económica corre a cargo de la empresa).
- Desde el día 21 en adelante, corresponde el 75% de la **base reguladora** por contingencias comunes.

$$\text{BASE REGULADORA C.C. DIARIA} = \frac{\text{Base de cotización del mes anterior}}{\text{Nº de días a que se refiere el mes}^*}$$

* Si el trabajador tiene salario mensual el divisor es 30.

* Si el trabajador tiene salario diario el divisor es igual a los días que dure ese mes.

Todo lo anteriormente expuesto es mejorable según lo que establezca el Convenio Colectivo del trabajador o trabajadora.

¿CUÁL ES EL TIEMPO MÁXIMO QUE PUEDE DURAR UNA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES?

- 1º. La duración máxima ordinaria de una de incapacidad temporal es de 12 meses. (*Artículo 128 de la LGSS*).
- 2º. Agotado el plazo ordinario de duración de 12 meses el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), será el único competente para reconocer la situación de prórroga de baja laboral, con un límite de 6 meses, iniciar una valoración de incapacidad permanente o para emitir el alta médica. Asimismo, si en el transcurso de los 6 meses posteriores al alta, el trabajador quisiera coger una baja por la misma o similar patología, el **INSS será el único órgano competente** para emitir una nueva baja médica por ese mismo motivo.
- 3º. Si el INSS decide dar la prórroga de los 6 meses, transcurridos los 18 meses, el estado del incapacitado debe examinarse a efectos de su calificación como inválido permanente, en el grado que le corresponda, en el plazo máximo de 3 meses.
- 4º. No obstante, si continuara la necesidad de tratamiento médico con vistas a la reincorporación laboral del trabajador, se podrá retrasar la calificación por el tiempo necesario hasta el máximo de 24 meses siguientes al inicio de la Incapacidad temporal, teniendo en cuenta que durante este período de prórroga no subsiste la obligación de cotizar.

PARA CONCRETAR IDEAS:

DURACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL		
12 MESES	18 MESES	24 MESES (Máximo legal)
Tiempo máximo ordinario.	Posible prórroga de 6 meses, previa Autorización del INSS.	Si existiera la posibilidad de reincorporación laboral se le daría otra prórroga de otros 6 meses, previa Autorización del INSS.

¿POR QUÉ CAUSAS SE PUEDE PERDER EL DERECHO A ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA?

- Actuación fraudulenta del beneficiario para obtener o conservar el subsidio.
- Trabajar por cuenta propia o ajena. (*Artículo 132 de la LGSS*).
- Rechazar o abandonar el tratamiento sin causa razonable.
- Por incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.



3.2. LAS MUTUAS Y LA GESTIÓN ECONÓMICA DE I.T. POR CONTINGENCIAS COMUNES

Desde el año 1995 las Mutuas están autorizadas a realizar la gestión de la prestación económica de la I.T. por contingencias comunes.

⊗ ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DE LAS MUTUAS EN LA GESTIÓN DE I.T. POR C.C.?

- 1º. Gestión y pago de la prestación económica por I.T. por enfermedad común a partir del día 16 de la baja, en lugar de la Seguridad Social.
- 2º. Prestación sanitaria a partir del día 16 de baja, con el consentimiento del trabajador/a y condicionado a la existencia de lista de espera en el Sistema Público.
- 3º. Revisión del estado de salud del trabajador/a, mientras dure la baja, guardando la confidencialidad de los datos clínicos. El trabajador/a no se podrá negar a realizarla, la negativa infundada puede dar lugar a la propuesta de alta.
- 4º. Posibilidad de hacer propuesta de alta médica al Sistema Público de Salud. La Mutua **NO** podrá dar el alta directamente.

⊗ ¿CUÁNDO PODRÁ LA MUTUA REALIZAR LA GESTIÓN DE LAS CONTINGENCIAS COMUNES? Siempre que exista una petición de la empresa y previa consulta a los representantes de los trabajadores.

⊗ ¿QUÉ LÍMITES Y CONDICIONES TENDRÁN LAS MUTUAS PARA REALIZAR LAS REVISIONES MÉDICAS, EN CASO DE QUE TENGAN ENCOMENDADA LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LA IT POR CONTINGENCIAS COMUNES?

- 1º. Los reconocimientos médicos de la mutua **podrán practicarse antes del día 16º de baja**, tras el informe emitido por al Abogacía General del Estado, y el posterior pronunciamiento de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social de 26 de octubre de 2009. *Esta situación a pesar de no estar legislada por el momento, es aconsejable su cumplimiento a falta de su necesaria regulación.* Añadir que el empresario es el que se encarga de pagar al trabajador, por lo que si durante esos 16 días el empresario quiere verificar su estado de salud éste tampoco podrá negarse, siempre claro está, que el coste de dicha verificación corra a cargo del empresario (*Artículo 20.4 del Estatuto de los Trabajadores*).
- 2º. En los reconocimientos médicos, siempre se ha de cumplir rigurosamente con la obligación de guardar la confidencialidad de los datos médicos de la persona. A nivel normativo existe la posibilidad de negociar el tratamiento codificado de datos.
- 3º. Los reconocimientos médicos se podrán realizar en los siguientes lugares:
 - Las instalaciones de la mutua.
 - Las instalaciones de la empresa.
 - En unas instalaciones adecuadas para la realización de dicho reconocimiento.

Hay que recordar que los médicos de las mutuas **NO** podrán realizar revisiones médicas de control en los domicilios de los trabajadores/as sin el **expreso consentimiento** de éstos/as.

4. INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

4.1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

⊗ ¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO (A.T.)?

- 1. 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. (*ARTÍCULO 115 LGSS*).
- 2. Accidente "in itinere": Es aquel que sufre el trabajador/a al ir al trabajo o volver de éste. **No existe una limitación horaria.** Hay tres elementos que se requieren en un accidente in itinere:
 - Que ocurra en el camino de ida o vuelta.
 - Que no se produzcan interrupciones entre el trabajo y el accidente.
 - Que se emplee el itinerario habitual.

A través de la jurisprudencia se ha ido definiendo el término, quedando clasificados los siguientes aspectos:

No se considera inicio del camino:

Un accidente ocurrido dentro del domicilio del trabajador/a, (escaleras del garaje o escaleras de una vivienda unifamiliar).

Sí se considera inicio del camino:

El accidente ocurrido en las escaleras comunitarias de un bloque de pisos.

⊗ ¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL (E.P.)?

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el Real Decreto 1299/2006 sobre enfermedades profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho Real Decreto se indiquen para cada enfermedad profesional. (*Artículo 116 de la LGSS*).

Hay tres elementos que se requieren para que se reconozca una enfermedad profesional:

- Que la enfermedad esté en el Real Decreto.
- Que haya habido exposición a uno de los agentes causantes contemplados en el Real Decreto.
- Que la persona que la padece desempeñe su actividad en una de las ocupaciones que también señala y recoge el cuadro.



⊙ ¿QUÉ ES EL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL?

Es aquella situación en la que se tiene que suspender el contrato de trabajo debido a que la empresa no dispone de puestos de trabajo exentos de riesgo para el embarazo o la lactancia natural. Dicha situación debe estar siempre relacionada con agentes, procedimientos o condiciones de trabajo.

*Es importante diferenciar entre aquella situación en la que la evolución clínica del embarazo presenta problemas genéricos propios del embarazo, lo que sería un incapacidad temporal común, y aquella situación en la que la fuente del problema es la exposición laboral que genera un riesgo para la salud de la trabajadora, que presenta un embarazo clínico sin problema, situación que daría origen al subsidio de riesgo durante el embarazo.



4.2. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

⊙ ¿QUÉ ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR ACCIDENTE DE TRABAJO (A.T.) Y ENFERMEDAD PROFESIONAL (E.P.)?

La prestación económica por incapacidad temporal por contingencias profesionales trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador/a, debido a una enfermedad profesional o accidente de trabajo, está imposibilitado temporalmente para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

⊙ ¿QUÉ ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO?

La prestación económica por riesgo durante el embarazo trata de cubrir la pérdida de ingresos que se produce, cuando la trabajadora es declarada en situación de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo.

⊙ ¿QUÉ ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL?

La prestación económica por riesgo durante la lactancia natural trata de cubrir la pérdida de ingresos que se produce, cuando la trabajadora es declarada en situación de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante la lactancia natural de un menor de 9 meses.

⊙ ¿QUIÉN TIENE DERECHO A LA PRESTACIÓN?

■ En caso de A.T. y E.P.:

Las personas integradas en el régimen general de la Seguridad Social (SS) que reúnan los siguientes requisitos.

- Estar afiliadas y en alta* o en situación asimilada al alta en la fecha del hecho causante, mientras reciban asistencia sanitaria de la SS y estén impedidas para el trabajo.

*Los trabajadores/as se considerarán de pleno derecho afiliados y en alta, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones de cotización.

- No se requiere periodo mínimo de cotización.

■ En caso de Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural:

Pueden acceder a esta prestación las trabajadoras afiliadas a cualquier régimen de la seguridad social, incluido el régimen espacial de empleadas del hogar, así como el colectivo de autónomas.

Para acceder a esta prestación no es necesario ningún periodo mínimo de cotización, al derivarse a contingencia profesional.

⊙ ¿CUÁL ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA?

■ Para el A.T. y E.P.

- El día del accidente o la enfermedad el salario íntegro a cargo del empresario.
- Desde el día siguiente a la baja el 75% de la **base reguladora por contingencias profesionales**.

BASE REGULADORA C.P. DIARIA	=	Base de cotización por C.P. del mes anterior	+	Cotización por horas extraordinarias del año anterior
		Nº de días a que se refiere el mes*		365 días

* Si el trabajador tiene salario mensual el divisor es 30.

* Si el trabajador tiene salario diario el divisor es igual a los días que dure ese mes.

ATENCIÓN: Tanto para contingencias comunes como profesionales, la cuantía de estas prestaciones puede verse mejorada mediante la negociación colectiva.

Existe la posibilidad de obtener un recargo de prestaciones de entre un 30% a un 50% respecto a la prestación y con cargo al empresario, si el daño derivó de falta de medidas de prevención.

- **Para el riesgo durante el embarazo y la lactancia natural.**
La prestación económica consiste en un subsidio equivalente al **100%** de la base reguladora correspondiente.

A tales efectos, la **base reguladora** será equivalente a la que esté establecida para la prestación de incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales.

⊙ **¿CUÁL ES EL TIEMPO MÁXIMO QUE PUEDE DURAR LA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES?**

- **Para el A.T.**
La duración de la incapacidad temporal por accidente de trabajo, es la misma que para la incapacidad temporal por contingencias comunes. (Ver cuadro página 5).
- **Para la E.P.**
En caso de **enfermedad profesional la duración máxima es de 6 meses**, prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad. (Corresponde a la Seguridad Social resolver sobre la prórroga del período de observación).
- **Para el riesgo durante el embarazo**
El subsidio se abona durante el tiempo de la suspensión por riesgo, es decir, el necesario para garantizar la protección de la seguridad y de la salud de la trabajadora embarazada y/o feto, y finalizará ante los siguientes supuestos:
 - Suspensión del contrato de trabajo o inicio de la contingencia de maternidad.
 - Reincorporación de la trabajadora a un puesto de trabajo compatible con su estado.
 - Extinción del contrato de trabajo en virtud de las causas legalmente establecidas.
 - Fallecimiento de la trabajadora y del no nacido/feto.
- **Para riesgo durante la lactancia natural**
 - En el momento en que el hijo cumpla 9 meses, salvo que la beneficiaria se haya reincorporado con anterioridad a su puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su situación.
 - Por extinción del contrato de trabajo en virtud de las causas legalmente establecidas.



⊙ **¿POR QUÉ MOTIVOS SE PUEDE PERDER O EXTINGUIR EL DERECHO A ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA?**

- **Para el A.T. y E.P.**
Los motivos de pérdida o extinción del derecho a la prestación son los mismos que para el caso de incapacidad temporal por contingencias comunes. (Ver página 5).
- **Para el riesgo durante el embarazo y la lactancia.**
La normativa contempla dos supuestos en los que se puede anular o suspender la prestación:
 - Cuando la beneficiaria actúe fraudulentamente para obtener o conservar el subsidio.
 - Cuando realice cualquier trabajo o actividad, ya sea por cuenta ajena o propia, siempre que se haya iniciado con posterioridad a la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo, incompatible con su estado.

4.3. NOTIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO (ORDEN TAS/2926/2002 de 19 de noviembre)

Cuando en la empresa se produce un accidente de trabajo el empresario tiene que asumir una serie de responsabilidades, entre las que se encuentra la notificación del accidente de trabajo. Dependiendo de si el accidente causa baja laboral al trabajador o no, el empresario lo tendrá que notificar de diferente manera:

- Si el trabajador está al menos un día de baja a consecuencia del accidente de trabajo, sin contar el día del accidente, el empresario está obligado a cumplimentar el **PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO**.
- Si el trabajador no causa baja a consecuencia del accidente de trabajo tendrá que cumplimentar la **Relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica**.

4.3.1. PARTE DE ACCIDENTE

⊙ **¿QUÉ ES EL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO?**

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

⊙ **¿CUÁNDO HAY QUE RELLENARLO?**

Todos los accidentes de trabajo que conlleven la ausencia del accidentado del lugar de trabajo de, al menos, un día, sin contar el día en que se accidentó, deberán ser notificados mediante la cumplimentación y transmisión del **Parte de accidente de trabajo**.

☉ ¿QUIÉN Y CÓMO HAY QUE CUMPLIMENTARLO?

El encargado de cumplimentarlo es el empresario y su cumplimentación se hace a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@), accesible desde la dirección electrónica: www.delta.mtas.es. La información que introduce el empresario, es validada por la entidad gestora o colaboradora con la que tenga las contingencias profesionales, lo más habitual es que se trate de una Mutua.

El empresario tiene un plazo de **cinco días hábiles** contados desde la fecha en que se produjo el accidente o de la baja médica para presentar el parte.

☉ ¿A QUIÉN HAY QUE COMUNICÁRSELO?

Una vez que el empresario ha comunicado el AT a través del sistema DELTA una copia del parte tiene que hacerse llegar a:

- Entidad gestora o colaboradora con la que tenga las contingencias profesionales. (Lo más normal es que se trate de una Mutua).
- Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Autoridad laboral.
- Trabajador/a accidentado.



Existe un plazo de 15 días para la tramitación a las Autoridades Laborales de los territorios de estos accidentes.

4.3.2. RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA

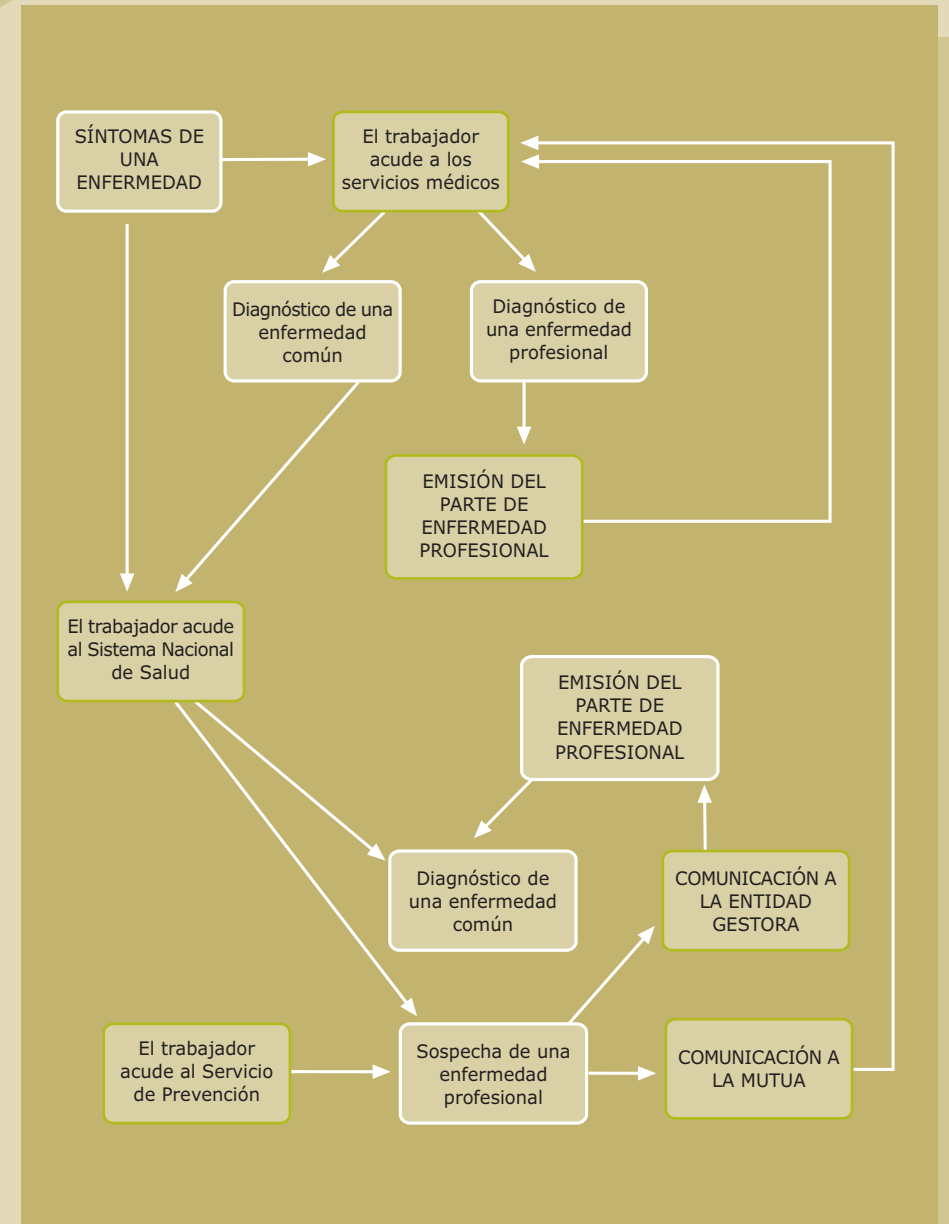
☉ ¿QUÉ HAY QUE HACER EN ESTE CASO?

En el caso de que se produzca un accidente de trabajo (con lesión o daño físico, según la legislación), pero éste no ocasione la ausencia del trabajador/a superior a un día ni la prescripción de baja médica al trabajador/a, deberá cumplimentarse la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica.

El responsable de rellenarlo en este caso también es el empresario y se notifica de la misma forma que el parte de accidente, la única diferencia radica en el plazo de presentación, ya que se presenta de manera mensual, los primeros 5 días hábiles de cada mes.

4.4. NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES (R.D. 1299/2006, de 10 de noviembre)

Al igual que ocurría con el accidente de trabajo, una vez que se tiene constancia de que un trabajador padece una enfermedad profesional, hay que notificar su existencia. Esta notificación se hace a través del PARTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.



⦿ ¿QUÉ ES EL PARTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Es un documento oficial a través del cual se comunicarán o tramitarán las enfermedades profesionales y cuya elaboración y transmisión se llevará a cabo en su totalidad por medios electrónicos, a través de la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social), a través de <https://www.sede.seg-social.gob.es>, sin perjuicio de su posible impresión en soporte papel en los casos en que se considere necesario, y concretamente cuando lo soliciten el trabajador y el empresario, este último con las limitaciones que procedan. Evidentemente, no hay Enfermedad Profesional si no se cumplimenta o tramita el correspondiente parte.

⦿ ¿QUIÉN DEBE RELLENARLO Y TRAMITARLO?

La entidad gestora o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales vendrá obligada a elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional que se establece en esta orden, sin perjuicio del deber de las empresas de facilitar a aquélla la información que obre en su poder y les sea requerida para la elaboración de dicho parte. (En la normativa anterior la declaración la hacía el empresario).

Los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, **en el plazo de tres días hábiles**, a la entidad gestora o a la mutua que corresponda del diagnóstico de las enfermedades profesionales de sus trabajadores.

Cuando un/a trabajador/a sufra un problema de salud y piense que puede estar 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. 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 que contará con el apoyo, en caso de existir, de la Unidad de Salud Laboral.

⦿ ¿CUÁNDO HAY QUE RELLENARLO Y DE QUÉ PLAZOS SE DISPONEN?

La comunicación inicial del parte habrá de llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional. En cualquier caso, la totalidad de los datos

se deberá transmitir en el plazo máximo de los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial, a cuyo fin la empresa deberá remitir la información que le sea solicitada por la entidad gestora o por la mutua para que ésta pueda dar cumplimiento a los plazos anteriores. De no remitirse dicha información en el plazo establecido, se procederá a la tramitación del parte poniendo el citado incumplimiento en conocimiento de la autoridad competente. La finalización del proceso se comunicará en el plazo de los cinco días hábiles siguientes al hecho que motiva dicha finalización.

4.5. RECARGO DE PRESTACIONES

Cuando se produce un accidente de trabajo o enfermedad profesional como consecuencia directa de la falta de medidas preventivas se le impone al empresario la obligación de pagar al trabajador el **RECARGO DE PRESTACIONES**.

⦿ ¿QUÉ ES EL RECARGO DE PRESTACIONES?

Es un aumento en la cuantía económica de todas las prestaciones económicas que se generan cuando se produce un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, y en función de la gravedad de la infracción en materia de prevención de riesgos laborales cometida por el empresario, esta cuantía se podrá aumentar entre un 30 a un 50 por ciento. La responsabilidad del pago del recargo recaerá directamente sobre el empresario infractor.

⦿ ¿CÓMO SE PUEDE CONSEGUIR ESE RECARGO DE LAS PRESTACIONES?

- 1º. El propio trabajador como persona afectada o sus familiares, podrán formular una denuncia a la Inspección de Trabajo solicitando en la misma el recargo de las prestaciones, o bien acudiendo directamente ante el Director Provincial de la Seguridad Social, ya que es a él a quien le compete en última instancia declarar y determinar la responsabilidad y alcance del recargo, previo informe de la Inspección de Trabajo.
- 2º. En ocasiones el recargo de prestaciones es tramitado de oficio, es decir, la propia Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) es la que detecta que el empresario ha incumplido con su obligación de implantar las medidas de prevención.

Hay que recordar que en los casos de accidente grave, muy grave o mortal, la ITSS debe acudir al centro de trabajo donde ha tenido lugar el accidente para investigar las causas del mismo.

- 3º El expediente lo resuelve el INSS o en último lugar los Juzgados de los Social por sentencia.



4.6. REDUCCIONES A LAS APORTACIONES EMPRESARIALES PARA LAS EMPRESAS QUE CAMBIEN DE PUESTO O CONTRATEN TRABAJADORES Y TRABAJADORAS CON UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL. (R.D. 1430/2009, de 11 de septiembre)

Si a un trabajador/a se le diagnostica una enfermedad profesional en un grado que **no dé lugar a una prestación económica**, es decir, sin que se les reconozca una incapacidad permanente, las empresas podrán reducir en un 50% las aportaciones a la Seguridad Social por contingencias comunes.

¿CÓMO SE PUEDE CONSEGUIR ESA REDUCCIÓN?

La empresa podrá beneficiarse de esta disminución cuando:

- a) Se cambie al trabajador/a a un puesto de trabajo compatible con su estado de salud, de manera que la actividad laboral no empeore dicho estado.
- b) Contrate a trabajadores/as que ya tengan diagnosticada una enfermedad profesional para que desempeñen una actividad compatible con la misma. La enfermedad profesional debe acreditarse mediante un certificado de un equipo de valoración de incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y la adecuación del puesto será revisada por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Esta constatación de la compatibilidad del nuevo puesto de trabajo con el estado de salud del trabajador o trabajadora no se hace para evitar la visita de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

5. INCAPACIDAD PERMANENTE/INVALIDEZ

5.1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES

¿QUÉ ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD PERMANENTE?

Prestación económica que 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.

¿CUÁNTOS GRADOS DE INCAPACIDADES PERMANENTES HAY?

En la medida que puede resultar afectada la capacidad laboral del trabajador a consecuencia de la enfermedad o accidente, sean o no laborales cabe distinguir diversos grados de incapacidad:

GRADO DE INVALIDEZ	DEFINICIÓN	CUANTÍA
Permanente PARCIAL	Disminución de más del 33% de capacidad que no impida seguir desarrollando la profesión habitual.	Indemnización de 24 mensualidades de la Base Reguladora, compatible con cualquier otra actividad laboral.
Permanente TOTAL	Incapacidad que inhabilita para el desarrollo de la profesión habitual, aunque no para otras profesiones.	Pensión del 55% la Base Reguladora. Al cumplir los 55 años y estar en desempleo, el 75% de la Base Reguladora. Pensión compatible con actividad laboral.
Permanente ABSOLUTA	Incapacidad que inhabilita para el desempeño de cualquier profesión.	Pensión del 100% de la Base Reguladora
GRAN Invalidez	Incapacidad que requiere ayuda de otras personas para realizar funciones esenciales.	Pensión del 150% de la Base Reguladora o a petición del interesado/a, el 100% con alojamiento y cuidado a cargo de la Seguridad Social.

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

¿QUÉ ES UNA LESIÓN PERMANENTE NO INVALIDANTE?

Son aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, que sin llegar a constituir incapacidad permanente, supongan una disminución de la integridad física del trabajador.

¿CUÁL ES LA PRESTACIÓN ECONÓMICA?

La prestación económica se concede por una sola vez y consiste en una indemnización a tanto alzado, y cuya cuantía está fijada por un **baremo** establecido al efecto por la legislación, (*ORDEN TAS/1040/2005, de 18 de abril*).



6. PREGUNTAS Y RESPUESTAS MÁS COMUNES

⊙ ¿ME PUEDEN DESPEDIR ESTANDO DE BAJA?

En contra de la creencia generalizada, la extinción del contrato de trabajo se puede llevar a cabo mientras el trabajador se encuentra en situación de I.T.

Y aunque sí que se puede despedir a un trabajador estando en situación de I.T., deben cumplirse los requisitos formales exigidos y encuadrarse dicho despido dentro de alguna de las modalidades que existen, ya sea objetivo, colectivo o disciplinario.

Por lo que si la fundamentación del despido es alguna de las causas tasadas por la Ley, la incapacidad temporal nada impediría el mismo, aunque en estos supuestos debemos prestar una especial atención al ser en muchos casos la propia situación de I.T. la motivación fundamental de dicho despido, lo que conllevaría su calificación como **improcedente o nulo**.

⊙ ¿QUÉ PASA CON LAS VACACIONES AL ENCONTRARNOS EN SITUACIÓN DE IT?

Las ausencias o interrupciones del trabajo derivadas de causas ajenas a la voluntad del trabajador/a, como es la situación de I.T., se computan como días trabajados a los efectos del cálculo del periodo vacacional que corresponda.

Sin embargo, pueden darse varias situaciones:

■ 1. Que el periodo vacacional no esté prefijado en el calendario laboral de la empresa:

El Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea, en sentencia de 29 de enero de 2009, obliga a la doctrina jurídica española a cambiar el criterio aplicado tradicionalmente por el Tribunal Supremo sobre el disfrute de las vacaciones, al declarar que el trabajador tiene derecho a ellas aún cuando transcurra el año natural completo en situación de baja por Incapacidad Temporal. (*Sentencia del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea, de 29 de enero de 2009*).

■ 2. Que el periodo vacacional no esté prefijado en el calendario laboral de la empresa, pero además tenemos un contrato de duración determinada que finaliza en ese mismo año:

Ocurriría lo mismo que en el caso anterior, podríamos disfrutar las vacaciones después de que se nos diera el alta laboral. (*Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias de 9 de diciembre de 1998*). Situación diferente es, que estando en situación de baja laboral se nos termine el contrato sin haber disfrutado de las vacaciones. En esta caso la empresa al liquidarnos tiene el deber de pagarnos las vacaciones que no hemos podido disfrutar.

■ 3. Que el periodo vacacional esté prefijado en el calendario laboral de la empresa:

Del mismo modo que en el caso de que las vacaciones no estén prefijadas, podríamos disfrutar las vacaciones después de que se nos diera el alta laboral dentro de ese año natural (*Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 5 de mayo de 2009*).

⊙ ¿QUÉ PASA CON LAS PAGAS EXTRAORDINARIAS AL ENCONTRARNOS EN SITUACIÓN DE I.T.?

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 la empresa de abonar dichas pagas por la proporción de los días de incapacidad. (*Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 27 de marzo de 2001*).

⊙ SI NECESITO AUSENTARME DEL TRABAJO POR CUESTIONES DE SALUD (CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA) POR TAN SÓLO UN DÍA, ¿ES NECESARIO QUE ME DEN LA BAJA MÉDICA POR ESE DÍA?

Al menos es imprescindible contar con un justificante médico si es que has acudido a tu puesto de trabajo y luego has asistido a la consulta. Si no ha sido así existe la posibilidad de que el médico de "cabecera" te extienda un parte de baja y alta para ese día.

⊙ ¿QUÉ OCURRE CUANDO NO HE TERMINADO LA REHABILITACIÓN Y ME DAN EL ALTA PARA IR A TRABAJAR?

A parte de comprobar que el trabajo que desempeñe el trabajador/a es adecuado a su estado de salud, la rehabilitación que todavía tendrá que hacer, aunque se encuentre de alta médica, deberá considerarse necesariamente como tiempo efectivo de trabajo y se comunicará al servicio de prevención.



⊙ **¿QUÉ SUCEDE SI TRAS UN PERIODO DE INCAPACIDAD TEMPORAL SOY DADO DE ALTA Y DESPUÉS SUFRO UNA RECAÍDA?**

Si entre el momento de alta médica y la recaída han pasado más de seis meses, entonces comienza un nuevo periodo de incapacidad temporal, es decir, no se computa con el periodo anterior a efectos de determinar la duración máxima de la incapacidad temporal, aunque provenga de la misma enfermedad.

Si el periodo de actividad entre el alta médica y la recaída es inferior a seis meses y se trata de la misma enfermedad por la que se causó baja la primera vez, se entenderá que prosigue la situación de baja iniciada con anterioridad, considerándose la misma baja médica.

⊙ **¿QUÉ PUEDO HACER SI HE AGOTADO EL PLAZO MÁXIMO DE DOCE MESES DE BAJA Y LA SEGURIDAD SOCIAL DECIDE DARMEL ALTA NO ESTANDO TOTALMENTE RECUPERADO?**

El trabajador que no esté de acuerdo con el alta médica debe mostrar su disconformidad en el **plazo de 4 días naturales** siguientes a computar desde la fecha que se le dio de alta, presentando una reclamación por escrito (existe un modelo oficial disponible en la página web de la seguridad social www.seg-social.es) ante la Inspección Médica del Servicio Público de Salud (SACYL en el caso de Castilla y León), debiendo notificarlo a la empresa (utilizando modelo reglamentario) el mismo día de la reclamación o al siguiente día hábil.

Durante el tiempo que dura este procedimiento el trabajador se libera de la obligación de incorporarse a trabajar y se prórroga la situación de incapacidad temporal a todos los efectos, tanto económicos como de cotización.

Ante la disconformidad del trabajador, el SACYL puede responder de tres maneras distintas:

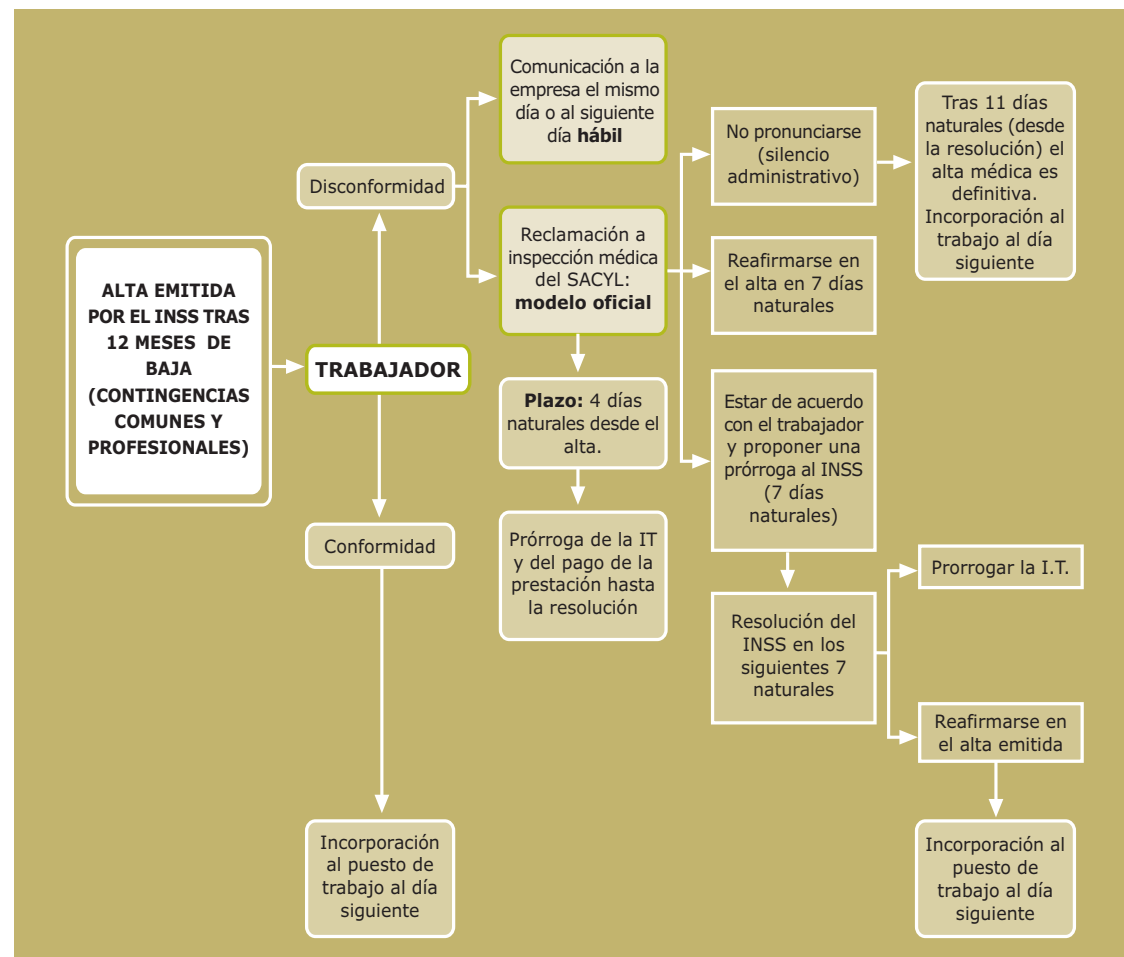
- 1º. Estar de acuerdo con el trabajador y por lo tanto en el plazo de 7 días naturales desde que recibió la reclamación proponer a la Seguridad Social una prórroga de la incapacidad laboral.

Ante esta reclamación la seguridad social en el transcurso de 7 días naturales siguientes, puede:

- Reconsiderar el alta y por lo tanto prorrogarle la incapacidad temporal al trabajador.
- Reafirmarse en el alta emitida y por lo tanto no volver a darle la baja al trabajador.
- 2º. Manifiestar su conformidad dentro de los 11 días naturales siguientes a la resolución de la Seguridad Social y por lo tanto reafirmarse en el alta emitida.

- 3º. No pronunciarse, en cuyo caso se considerará que, tras transcurrir 11 días desde que el trabajador recibió el alta, ésta adquirirá plenos efectos y el trabajador tendrá que incorporarse al trabajo (Silencio administrativo).

Si el trabajador tuviera que incorporarse al puesto de trabajo a consecuencia del alta médica, el pago de los días en los que se ha realizado la reclamación (11 días) deberá realizarse mediante la solicitud de PAGO DIRECTO, ante el INSS o ante la entidad colaboradora de la Seguridad Social, (la mutua) si era la que le venía pagando.





⊙ ¿QUÉ PASA CUANDO ESTANDO DE BAJA POR CONTINGENCIA COMÚN, NOS REQUIERE EL MÉDICO DE LA MUTUA PARA HACER UNA REVISIÓN?

Infórmate de si la empresa para la que trabajas tiene contratada la gestión de las contingencias comunes con la Mutua, si fuera así, tendrías que presentarte, siempre que lo requiera la mutua y siempre que te lo notifiquen por escrito y/o por cualquier otro medio que pueda quedar constatado.

⊙ CUANDO TENGO QUE ACUDIR A LA MUTUA O ENTIDAD GESTORA POR CONSULTA, TRATAMIENTO, REVISIÓN O REHABILITACIÓN ¿QUÉ PASA CON LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO?

La mutua deberá pagar al trabajador todos los gastos generados por los desplazamientos independientemente del medio de transporte utilizado (incluyendo el taxi si lo autoriza la entidad gestora o viene prescrito por razones médicas) tanto en contingencias comunes como profesionales. (Orden TIN/971/2009 de 16 abril).

⊙ Y ¿QUÉ OCURRE CUANDO TENGO QUE HACER REHABILITACIÓN Y HE DE DESPLAZARME CADA DÍA A LAS INSTALACIONES DE LA MUTUA?

En la mayoría de los casos, las mutuas están utilizando el concepto de "alta de movilidad", no es un concepto legal, sino de mero uso, que se refiere a si el trabajador/a puede o no desplazarse por sus propios medios a la mutua para realizar el tratamiento rehabilitador.

En el caso en que los trabajadores/as no tengan el "alta de movilidad" y, por lo tanto, no puedan desplazarse por sus propios medios, la mutua debe poner a disposición del trabajador/a un medio de locomoción para trasladarse a los locales de la mutua para poder realizar la rehabilitación, generalmente será una ambulancia, y consistirá en trasladar al trabajador/a de su domicilio al centro de rehabilitación y vuelta al domicilio del trabajador/a.

En aquellos casos en que el trabajador/a pueda desplazarse por sus propios medios, es decir cuando tenga el alta de movilidad, entonces la mutua debe abonar al trabajador/a el importe del transporte público utilizado por éste para acudir al centro de rehabilitación y vuelta al domicilio. Dicho importe sólo se abonará si se realiza en transporte público. (Artículo 153 y siguientes de la LGSS.).

⊙ ¿QUÉ BENEFICIOS TIENE QUE LAS IT SE RECONOZCAN COMO CONTINGENCIA PROFESIONAL (ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL)?

- El tratamiento médico-farmacéutico es gratis (por enfermedad común el paciente paga el 40% del precio del medicamento).
- En caso de baja, el porcentaje de la base reguladora que se cobra es del 75% desde el día siguiente que se produce la baja.
- La forma de calcular la base reguladora es más beneficiosa.
- En el caso de finalizar el contrato de trabajo, mejora la prestación económica respecto a una baja común.

- Facilita a los trabajadores una buena base para solicitar ante la empresa un cambio de puesto e impulsar medidas preventivas.
- Proporciona una base para pedir indemnizaciones empresariales por falta de medidas de seguridad.
- Contribuye a la visibilidad social del riesgo laboral e impide que se desvíe al sistema público un coste que en realidad es empresarial.



⊙ ¿QUÉ PASA SI DETECTAMOS QUE LA MUTUA NO NOS ESTÁ ATENDIENDO ADECUADAMENTE?

Esta situación se conoce como "mala praxis médica", e incluye todo aquello que tiene que ver con tratamiento inadecuado, error en el diagnóstico etc., y ante estas circunstancias se deben seguir una serie de pasos:

- 1º. Acudir al centro asistencial de la Mutua y formular tu queja o reclamación ante el responsable del centro o incluso ante el propio médico que lleve el caso.

Es muy importante que este tipo de reclamaciones se hagan por escrito, por lo que para ello las Mutuas están obligadas a poner a disposición de todos los usuarios unas "Hojas de reclamaciones y sugerencias". Estos impresos son documentos oficiales y concretamente en Castilla y León se regulan expresamente a través del Decreto 40/2003 y Orden SAN/279/2005.
- 2º. Una vez que se rellena la Hoja de Reclamación, ésta se trasladará inmediatamente al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, a través del cual recibirás respuesta razonada a tu queja, en plazo y por escrito.
- 3º. Formular una Reclamación Previa al INSS. Esta reclamación previa la debe formular el paciente y, una vez presentada, el INSS pedirá a los EVI (Equipos de Valoración de Incapacidades) que éstos emitan un informe sobre la supuesta "mala praxis". A la vista de dicho informe, el INSS procederá en consecuencia.



En noviembre de 2008 entró en funcionamiento la **Oficina Virtual de Reclamaciones de la Seguridad Social**, un órgano que se ha creado con el propósito de que todas aquellas reclamaciones relacionadas con las Mutuas de A.T. y E.P. se pongan directamente en conocimiento de la Seguridad Social de primera mano.

El acceso a la oficina virtual se hace a través de la página web de la Seguridad Social, o directamente en la siguiente dirección: www.ovrmatpss.es/virtual/ Al usuario se le exige una dirección de correo electrónico, a la que se asigna una contraseña para poder presentar la reclamación. Una vez rellenado el formulario, éste llegará a la Dirección General de Ordenación, dependiente de la Seguridad Social, que se encargará de tramitar la petición de información a la mutua y de dar respuesta al ciudadano.

Si no dispones de correo electrónico, puedes enviar la reclamación desde la asesoría de salud laboral de tu provincia previa autorización por escrito o mediante correo postal a la siguiente dirección:
Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social - C/ Jorge Juan 59 28001 - Madrid. Indicando en el sobre que se trata de: **Reclamaciones sobre Mutuas de Accidente de Trabajo.**

⊙ ¿QUÉ PUEDO HACER CUANDO LA MUTUA ME DA EL ALTA PARA IR A TRABAJAR Y YO NO ME ENCUENTRO RECUPERADO DEL TODO?

- 1º. Es importante que acudas de nuevo a la mutua para formular una **reclamación por escrito** en la que quede expresamente detallada tu disconformidad con el alta médica (esta reclamación se puede hacer a través de las Hojas de Reclamaciones de las que disponen las mutuas) y a través de la **Oficina Virtual de Reclamaciones de la Seguridad Social**.
- 2º. En el plazo de **4 días naturales desde la fecha del alta**, presentar una solicitud de revisión del alta ante el INSS mediante el modelo oficial que te deben facilitar en la mutua, las oficinas del INSS o que puedes encontrar en la página web de la Seguridad Social, indicando el motivo de tu disconformidad y entregando la siguiente documentación:
 - a) Copia del parte de alta.
 - b) Copia de los informes médicos o de la solicitud de los mismos.
- 3º. Una vez presentada la reclamación, se considera prorrogada la baja, por lo que no tienes que incorporarte a trabajar. Se seguirá cobrando la prestación económica pero dependerá de la resolución que se considere definitiva la prórroga de la prestación o no.

- 4º. Ese mismo día o al siguiente día hábil debes comunicarlo a la empresa mediante la copia correspondiente de la solicitud.
- 5º. La mutua tiene **2 días hábiles** para enviar al INSS los informes y alegaciones que considere oportunos desde la fecha en que se inicie la reclamación. Pasados estos 2 días, el INSS tiene **15 días hábiles** para emitir la resolución, pudiendo responder de tres maneras distintas:
 - a) Confirmar el alta de la mutua, considerándose como indebido el cobro de la prestación económica (que deberá reembolsarse) y debiendo incorporarse a trabajar al día siguiente de recibir la resolución.
 - b) Dar el alta al trabajador/a pero fijando una nueva fecha posterior a la del alta de la mutua, cobrándose la prestación económica hasta entonces e incorporándose al trabajo al día siguiente de la resolución. Si la fecha del alta es anterior a la de la resolución, deberá devolverse la prestación económica que se haya percibido desde entonces.
 - c) Estar de acuerdo con el trabajador/a y prorrogar la incapacidad temporal, continuando el proceso con la mutua como hasta entonces.
- 6º. Para evitar los problemas con la prestación y continuar con el tratamiento médico necesario para la recuperación, además de presentar la reclamación tras el alta de la mutua debes acudir a tu médico de atención primaria del Sistema Público quien, a su juicio, valorará la situación clínica de tu estado de salud y si considera que debes permanecer en situación de incapacidad por la misma patología, lo comunicará inmediatamente al INSS y te extenderá un parte de baja por contingencias comunes.
- 7º. Junto con la resolución de la reclamación del alta médica, el INSS determinará si la nueva baja debe ser considerada como una contingencia común (continuando el tratamiento en el servicio público de salud) o como una contingencia profesional (debiendo ser atendido por la mutua), cobrándose la prestación económica que corresponda (véase páginas 4 y 9).



Alta emitida por la Mutua de AT/EP y empresas colaboradoras antes del mes 12

Trabajador/a

Solicitar la baja por contingencia común en el servicio público de salud

Si se detecta relación con la baja de la mutua

Informa a la mutua y al INSS de la posible relación de los procesos

El INSS determina el carácter común o profesional de la contingencia

Disconformidad

Hoja de reclamaciones en la mutua

Informa al trabajador/a sobre la posibilidad de reclamar

Confirmación del alta médica y declaración de extinción de la I.T. **Cobros indebidos**

Comunicación a la empresa el mismo día o al siguiente día **hábil**

Reclamación al INSS: **modelo oficial**

Valoración del EVI: resolución en **15 días hábiles**

Mantenimiento de la I.T.

Conformidad

Plazo: **4 días naturales** desde el alta.

Documentación: copia del alta y solicitud del historial

Prórroga de la IT

2 días hábiles para que la mutua presente informes

Incorporación al puesto de trabajo al día siguiente

Determinación de la contingencia en procesos intercurrentes

Nuevos efectos del alta médica en casos de altas prematuras

Si la mutua reconoce la impropiedad del alta se archiva el procedimiento

Mantenimiento de la I.T.



⊙ ¿QUÉ PUEDO HACER CUANDO NO QUIEREN DARME LA BAJA POR ACCIDENTE DE TRABAJO?

En esta situación, el procedimiento a seguir será:

- 1º. Acudir al médico de la mutua para formular una reclamación por escrito en la que quede expresamente detallada tu disconformidad, reclamación que ha de quedar registrada en la mutua. (Hoja de Reclamaciones), así como a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones de la Seguridad Social.
- 2º. En caso de que el paso anterior no diese resultado, acudir al médico de atención primaria del sistema público, el cual si procede, dará la baja al trabajador/a, debiendo indicarle la relación entre su puesto de trabajo y la enfermedad que padece.
- 3º. Si el médico de atención primaria no remite directamente al trabajador/a al Equipo de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social (EVI), el propio trabajador podrá solicitar la determinación de la contingencia a través de la Inspección Médica. En el caso de desacuerdo con la resolución del EVI, se prevé la posibilidad de recurrir esta decisión en la vía judicial, a través del Juzgado de lo Social.

Tanto en el punto anterior como en éste, es elemental que el trabajador/a acuda al médico de atención primaria y al EVI con toda la información posible que demuestre la relación entre su enfermedad y su actividad profesional o puesto de trabajo.

En el caso de que la empresa tampoco reconozca el accidente de trabajo, es importante que el trabajador/a formule una denuncia a la Inspección de Trabajo.

⊙ ¿QUÉ PASA SI EN LA MUTUA SE NIEGAN A DARME LOS RESULTADOS DE MIS INFORMES MÉDICOS?

En este sentido la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que:

- 1º El trabajador/a usuario (accidentado o enfermo) tiene derecho a la información concerniente a su estado de salud y por lo tanto será él el que autorice o no el acceso a la misma a terceros.
- 2º En el mismo sentido y por la misma causa no puede vetársele el acceso a la información completa de su estado de salud (elaborada al efecto por el médico), ni por institución ni por especialista alguno. En el caso de que la mutua te vete el derecho al acceso a tu información médica, en primer lugar y como en las otras ocasiones en las que existe cualquier tipo de disconformidad con la mutua, debes **presentar una reclamación por escrito** mediante la Hoja de Reclamaciones correspondiente y a través de la **Oficina Virtual de Reclamaciones de la Seguridad Social**, amparándote en la citada legislación.

⊙ ¿QUÉ PASA SI ESTANDO EN SITUACIÓN DE IT POR CONTINGENCIAS COMUNES SE ME TERMINA EL CONTRATO?

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 Incapacidad Temporal se termine, ya que la baja laboral no acabará hasta que se esté totalmente recuperado.

El trabajador, por tanto, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo, descontándose dicha prestación del periodo de percepción de la prestación de desempleo. Es decir, a partir de la fecha de la extinción del contrato de trabajo, **el período de la situación de IT por contingencias comunes consumirá el período de prestación de desempleo.**

Sin embargo, si una vez que te den el alta médica no solicitas el desempleo y vuelves a trabajar con un nuevo contrato de trabajo, no se perdería el periodo de prestación de desempleo acumulado.

⊙ Y ¿SI LA I.T. ES MOTIVADA POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES (ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL)?

En este caso, durante lo que dure la baja laboral del trabajador/a éste seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la que tenía reconocida en el momento en que se encontraba trabajando, (es decir, el 75% de la base de cotización por contingencias profesionales dado que las posibles mejoras en esta cantidad que vengan recogidas en el convenio las abona la empresa), con la gran ventaja además de que en este caso no se consumirá la prestación de desempleo.

⊙ ¿QUÉ PASA SI ESTANDO EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO CAIGO ENFERMO?

Existe la creencia generalizada de que cuando un trabajador se encuentra en situación de desempleo no puede optar a una baja por incapacidad temporal, sin embargo esta creencia es del todo errónea, ya que 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 incapacidad temporal.

Ahora bien, hay que diferenciar tres situaciones posibles:

- 1º. **Si la enfermedad que padece el trabajador/a proviene de un proceso anterior iniciado en el momento en que se encontraba trabajando, no es motivada por un accidente de trabajo o enfermedad profesional y no han transcurrido 6 meses, el médico de cabecera le tendrá que tramitar una baja laboral por recaída.** En este supuesto percibirá la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo, por lo que aunque el trabajador esté de baja se le irá consumiendo su prestación por desempleo, teniendo que llevar durante todo este periodo las bajas laborales a las oficinas del ECYL, en el caso de Castilla y León.



Por otro lado, cuando al trabajador se le haya consumido todo el paro que tenía generado y siga en situación de incapacidad temporal, deberá acudir a las Oficinas del de la Seguridad Social de su provincia y solicitar que le sigan pagando la prestación por incapacidad temporal. Hecha la solicitud seguirá cobrando la misma cuantía que la prestación por desempleo. Llegada a esta situación, ya no tendrá que llevar los partes de baja a las oficinas del ECYL, sino a las de la Seguridad Social.

- **2º. Si la dolencia que padece el trabajador/a proviene de un proceso anterior, además es motivada por un accidente de trabajo o enfermedad profesional ocurrida en el momento en que se encontraba trabajando y no han transcurrido seis meses, entonces se le tramitará una baja laboral también por una recaída.** Sin embargo, durante lo que dure su baja laboral seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la que tenía reconocida cuando se encontraba trabajando, (el 75% de la base de cotización por contingencias profesionales) y además en este caso no se te consumirá la prestación de desempleo.
- **3º. Por otro lado, si la enfermedad que padece el trabajador es nueva, de manera que cuando el trabajador/a estuvo trabajando nunca tuvo una baja laboral por ese motivo,** la situación es un tanto diferente ya que hasta que se le agote el paro seguirá percibiendo la misma cuantía de prestación por desempleo. Pudiendo acceder posteriormente al subsidio, que agotado el mismo pasará el interesado a percibir una pensión no contributiva, no seguirá cobrando la misma cuantía, sino que cobrará menos: La cuantía correspondiente en este caso será el **80% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples mensual vigente en cada momento (el llamado IPREM)**. Al igual que el primer caso, si se le alargara la incapacidad temporal una vez acabado el periodo del paro, el trabajador/a no debe seguir acudiendo a las oficinas del ECYL sino que debe acudir a las de la Seguridad Social para solicitar que le sigan pagando la prestación y, al igual que en el primer caso, será allí donde tendrá que llevar las bajas laborales hasta que esté totalmente recuperado.

En todos los casos la principal diferencia radica en que en lugar de acudir a sellar la tarjeta de desempleo al ECYL, o acudir a los cursos que se le ofrezcan como desempleado etc., el trabajador tendrá que acudir al médico pertinente para que le tramite las bajas laborales hasta que finalice el periodo de incapacidad temporal.



⊙ **¿QUÉ SUCEDE SI SE ESTÁ COBRANDO LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y SE TERMINA EL CONTRATO?**

La duración de la prestación por riesgo durante el embarazo estará únicamente limitada por la propia existencia del riesgo, por lo que la finalización del contrato conlleva que ya no exista la situación por la que se generó esa prestación y, por lo tanto, la trabajadora dejará de cobrarla.

⊙ **¿PUEDE ACCEDER A LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO UNA TRABAJADORA QUE SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO?**

NO, la concesión de la prestación está únicamente limitada por la propia existencia del riesgo en el puesto de trabajo, como la mujer se encuentra en situación de desempleo no existe ninguna situación que genere derecho a la prestación.





ASESORÍAS DE PREVENCIÓN

ÁVILA:

Plaza de Santa Ana, nº 7 - 05501
Teléfono: 920 222 564

BURGOS:

San Pablo, nº 8 - 09002
Teléfono: 947 257 800

LEÓN:

Roa de la Vega, nº 21 - 24001
Teléfono: 987 234 422

Ponferrada

Doctor Fleming, s/n - 24400
Teléfono: 987 401 214

PALENCIA:

Pz. Abilio Calderón, nº 4, 2º - 34001
Teléfono: 979 741 417

SALAMANCA:

C/ Arco de la Lapa, nº 2, 3ª planta - 37001
Teléfono: 923 271 260

SEGOVIA:

Severo Ochoa, nº 2 - 40002
Teléfono: 921 420 151

SORIA:

Vicente Tutor, nº 6 - 42001
Teléfono: 975 233 644

VALLADOLID:

Plaza Madrid, nº 4, 5ª planta - 47001
Teléfono: 983 391 516

ZAMORA:

Plaza de Alemania 2, 5º Planta - 49014
Teléfono: 980 522 778



comisiones obreras
de Castilla y León



Junta de
Castilla y León