



Acción sindical ante las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social



INTRODUCCIÓN	5
CONCEPTOS BÁSICOS	
1. ¿Qué son las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social?	6
2. ¿Cuáles son los órganos de gobierno y participación en las Mutuas?	7
3. ¿Para qué sirve la Comisión de Control y Seguimiento?	8
4. ¿Para qué sirve la Comisión de Prestaciones Especiales?	9
5. ¿Quién compone la Junta Directiva y cuáles son sus funciones?	10
6. ¿Qué es el convenio de asociación?	11
7. ¿Qué se considera accidente de trabajo?	12
8. ¿Qué no se considera accidente de trabajo?	12
9. ¿Qué se considera enfermedad profesional?	13
10. ¿Qué debo saber sobre la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal?	13
11. ¿Cómo se clasifican los procesos de incapacidad temporal y cuando se emiten los partes de confirmación?	14
12. Información sobre la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes	15
13. Información sobre Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales	15
14. Si la empresa no cotiza por el trabajador y se produce un accidente de trabajo o una enfermedad profesional ¿Quién se hace cargo del pago de la prestación?	16

ASPECTOS PRÁCTICOS

15.	¿Cuáles son las funciones de la representación legal de las personas trabajadoras en relación con la gestión de las Mutuas?	17
16.	¿Cómo hacer reclamaciones ante la Mutua?	18
17.	¿Cómo actuar en caso de que desde la Mutua se derive a la persona trabajadora al Sistema Nacional de Salud?	19
18.	¿Cómo solicitar una determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal?	20
19.	¿Qué hacer en caso de recibir el alta médica de forma prematura por la Mutua?	22
20.	Citaciones de la Mutua para revisión de la incapacidad temporal o baja médica	24
21.	Compensación de gastos de desplazamiento por parte de la Mutua	26
22.	Consideraciones para la reincorporación al trabajo tras una baja laboral prolongada	28
23.	Cómo actuar si debido a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional la persona trabajadora sufre lesiones definitivas pero que le permiten continuar trabajando	29
24.	Desacuerdo respecto de la semana en la que se inicia la prestación por riesgo durante el embarazo	30
25.	Denegación de la prestación por riesgo durante el embarazo porque la empresa no tiene evaluación de riesgos	31
26.	Embarazo de riesgo o riesgo durante el embarazo	32
27.	Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave	33
	BIBLIOGRAFÍA	35
	NORMATIVA SOBRE MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL	36

INTRODUCCIÓN

Las funciones de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social se han ido enriqueciendo con el tiempo. Inicialmente se pasó de la gestión de las contingencias profesionales a la “colaboración” en la gestión de las contingencias comunes y posteriormente gestionaron las prestaciones de riesgo durante el embarazo y la lactancia natural, así como la prestación económica destinada a los progenitores, adoptantes o acogedores que reducen su jornada de trabajo para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra grave enfermedad.

Frente a este aumento de las funciones de las Mutuas, no se han tenido en cuenta la recurrente demanda sindical, de alcanzar niveles de codecisión, entre empresa y representantes de los trabajadores, a la hora de asociarse a una Mutua. Actualmente solo existe la necesidad de contar con la opinión de los representantes de los trabajadores de forma previa a la decisión empresarial de asociación, sin que sea vinculante.

Las Mutuas se financian a través de las cuotas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que recauda para ellas la Tesorería General de la Seguridad Social, unido a un porcentaje de la cuota por contingencias comunes, contingencias profesionales y cese de actividad, por lo tanto, las personas trabajadoras, además de recibir asistencia médica de dichas Mutuas, contribuyen a financiarlas.

Desde UGT, hemos detectado una enorme necesidad de asesoramiento por parte de las personas trabajadoras en relación con la disconformidad frente a la asistencia recibida por parte de la Mutua o con la gestión de distintas prestaciones. A nuestros Gabinetes técnicos llegan numerosas consultas relacionadas con actuaciones de las Mutuas, con las que las personas trabajadoras no están conformes. Es por este motivo, por el que se decide elaborar esta Guía de actuación frente a las situaciones en las que no se está de acuerdo con el criterio tomado por la Mutua.

Por tanto, la finalidad de esta Guía, dirigida tanto a personas trabajadoras como a los representantes de los mismos, es orientar a la hora de hacer una reclamación frente a la Mutua, solicitar una revisión de la contingencia asignada a la patología que padece la persona trabajadora o solicitar la impugnación del alta médica si esta es prematura, entre otras. Además, incluye información sobre las distintas Comisiones de las que dispone la Mutua y sus funciones, conceptos como el de accidente de trabajo y enfermedad profesional e información sobre la gestión de la incapacidad temporal, entre otras cuestiones.

Esperamos que sea un instrumento útil para los representantes de los trabajadores a la hora de orientar a las personas trabajadoras que necesiten de su ayuda en asuntos relacionados con las Mutuas. Como complemento a esta Guía, desde UGT, ponemos a disposición de los representantes de los trabajadores y de las personas trabajadoras, a las distintas Secretarías de Salud Laboral de nuestra Organización, para recibir asesoramiento y orientación a este respecto.



¿Qué son las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social?



CONCEPTOS BÁSICOS

Según el Art. 80 Ley General de Seguridad Social (LGSS) las Mutuas son asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización e inscripción por el Ministerio de Trabajo.

Su finalidad es colaborar en la gestión de la Seguridad Social, no tienen ánimo de lucro y su ámbito de actuación se extiende a todo el territorio del Estado.





¿Cuáles son
los órganos
de gobierno
y participación
en las Mutuas?

Según el Art.85 LGSS los órganos de gobierno de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social son:

- La Junta General
- La Junta Directiva
- El Director Gerente

La Comisión de Control y Seguimiento es el órgano de participación institucional.

La Comisión de Prestaciones Especiales es el órgano a quien corresponde la concesión de los beneficios de la asistencia social postestativa.



Desde UGT representamos a todas las personas trabajadoras en las Comisiones de Control y Seguimiento y en la de Prestaciones Especiales en todas las Mutuas





¿Para qué sirve la Comisión de Control y Seguimiento?

CONCEPTOS BÁSICOS

Esta Comisión sirve para conseguir mayor transparencia, información y consulta sobre el cuidado, mejora, restablecimiento y prevención de la Salud de los trabajadores/as, y asegurar el pago adecuado de prestaciones económicas. También tiene funciones de control económico y presupuestario, inversiones en instalaciones sanitarias propias de la mutua, conciertos con otras entidades, etc.

Según el Art. 37 RD 1993/1995, de 7 de diciembre, sus funciones son:

- » *Conocer los criterios de actuación de la Mutua.*
- » *Participar en la elaboración del anteproyecto de presupuestos de la Mutua en las distintas modalidades de colaboración.*
- » *Informar el proyecto de memoria anual, previo a su remisión a la Junta general.*
- » *Tener conocimiento previo de las propuestas de nombramiento del Director-Gerente.*
- » *Tener conocimiento y ser informada de la gestión llevada a cabo por la Entidad en las distintas modalidades de colaboración.*
- » *Proponer cuantas medidas estime necesarias para el mejor cumplimiento de los fines de la Mutua.*
- » *Solicitar cuanta información genérica se precise respecto a la gestión realizada por la Entidad en las distintas modalidades de colaboración.*
- » *Serán informadas sobre las propuestas de alta realizadas por las Mutuas, en orden a seguir la evolución de los procesos de incapacidad temporal a cargo de las mismas.*
- » *Crear en su seno grupos de trabajo con composición paritaria.*
- » *Conocer los criterios de actuación de la mutua en el desarrollo de las funciones preventivas llevadas a cabo al amparo de lo establecido en el artículo 32 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, serán informadas de la gestión desarrollada y podrán proponer cuantas medidas se estimen necesarias para el mejor cumplimiento de las citadas funciones.*



UGT dispone de representantes en las Comisiones de Control y Seguimiento de las Mutuas, por lo que, si tienes algún problema con la Mutua, ponte en contacto con cualquiera de las Secretarías de Salud Laboral de UGT



CONCEPTOS BÁSICOS



¿Para qué sirve la Comisión de Prestaciones Especiales?

Esta Comisión sirve para la concesión de ayudas a las personas trabajadoras afectadas de manera grave por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Estas ayudas pueden ir desde concesiones económicas, prestaciones sociales, ayudas asistenciales a la persona trabajadora afectada, hasta la protección de la familia mientras dure su situación inhabilitante para el trabajo. Algunos ejemplos más comunes son: habilitación de la vivienda del trabajador/a accidentado, ayudas económicas para estudios a los hijos de los accidentados, adecuación de vehículos o vivienda, financiación de prótesis, etc.

Así según el Art. 67 del RD 1993/1995, de 7 de diciembre, la Comisión de prestaciones especiales tendrá a su cargo la concesión de los beneficios de la asistencia social que hayan de ser satisfechos por la mutua.

La asistencia social consistirá en la concesión de los servicios y auxilios económicos que, en atención a estados y situaciones concretas de necesidad, se consideren precisos.

Las prestaciones de asistencia social pueden concederse a los trabajadores al servicio de los empresarios asociados y a sus derechohabientes que, habiendo sufrido un accidente de trabajo o estando afectados por enfermedades profesionales, se encuentren en dichos estados o situaciones de necesidad.

Puede consultarse el catálogo de prestaciones complementarias de asistencia social a través del siguiente enlace: [Resolución de 28 de octubre de 2019, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, por la que se establece el régimen de aplicación de las prestaciones complementarias del artículo 96.1 b\), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.](#)



UGT dispone de representantes en las Comisiones de Prestaciones Especiales de las Mutuas, por lo que, si tienes algún problema con la Mutua, ponte en contacto con cualquiera de las Secretarías de Salud Laboral de UGT





¿Quién compone la Junta Directiva y cuáles son sus funciones?

Así según el Art. 34 del RD 1993/1995, de 7 de diciembre, la Junta directiva de la Mutua se compondrá del número de asociados que se señale en los estatutos, y nunca será superior a veinte miembros, formando parte de la misma el representante de los trabajadores.

El representante de los trabajadores tendrá que estar al servicio de la Mutua, será elegido por y entre los miembros del comité o de los delegados de personal. El elegido será el que obtenga mayor número de votos y en caso de empate se designará al que haya obtenido más votos en las elecciones sindicales. Será miembro de la Junta Directiva mientras dure su mandato de delegado.

La Junta directiva ostenta el gobierno de la Mutua, convocará la Junta general, ejecutará los acuerdos adoptados por la misma y tiene la facultad de representación de la Mutua.

Los miembros de la Junta directiva suscribirán los anteproyectos de presupuestos y cuentas anuales, antes de su remisión a la Junta general para su aprobación.

Los miembros de la Junta directiva responden frente a la Seguridad Social, la Mutua y los empresarios asociados, por el daño que causen por actos contrarios a la normativa, así como por los realizados sin la diligencia con la que deben desempeñar el cargo.

CONCEPTOS BÁSICOS

En el convenio de asociación para la integración en la Mutua se determinan los derechos y obligaciones de los asociados y de ésta. Su vigencia es de un año, debiendo coincidir el vencimiento con el último día del mes. Se entiende prorrogado por períodos anuales, salvo denuncia en contrario del empresario, debidamente notificada, con un mes de antelación, como mínimo, a la fecha del vencimiento. (Art. 62 RD 1993/1995, de 7 de diciembre)

Si la empresa denuncia el convenio de asociación, la Mutua deberá entregar a la empresa una certificación acreditativa del cese, en el plazo de diez días desde la notificación de la denuncia.

El convenio se hará constar en un documento, que se denominará documento de asociación en el que se recogerá:

- ✓ Nombre y apellidos del empresario individual y la denominación o razón social.
- ✓ El domicilio.
- ✓ El código o códigos de cuenta de cotización asignados y la actividad o actividades económicas de la empresa; así como los que en lo sucesivo le asigne la Tesorería General de la Seguridad Social.
- ✓ La fecha y hora en que comiencen y terminen sus efectos.
- ✓ Debe figurar expresamente la responsabilidad mancomunada de los asociados.

Los empresarios al suscribir el documento de asociación, o el de proposición, deberán entregar a la mutua informe emitido al respecto por el comité de empresa o delegado de personal, salvo que no existieran

El empresario deberá entregar a la Mutua informe emitido al respecto por el comité de empresa o delegado de personal.

¿Qué es el convenio de asociación?



¿Qué se considera accidente de trabajo?



¿Qué NO se considera accidente de trabajo?

Un accidente de trabajo es “*toda aquella lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*”. (Art. 156 de la Ley General de la Seguridad Social)

Por lo tanto, se consideran accidente laboral los siguientes:

- ✓ *Las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y el lugar de trabajo.*
- ✓ *Los sufridos al ir y venir del trabajo (denominados “In itinere”).*
- ✓ *Los sufridos con ocasión o como consecuencia del desempeño del cargo sindical, así como los ocurridos al ir o volver.*
- ✓ *Los ocurridos cuando el trabajador desarrolla tareas que le encomiende el empresario o realice espontáneamente para el buen funcionamiento de la empresa, incluso distintas a las de su grupo profesional.*
- ✓ *Los acaecidos en actos de salvamento o similares, siempre que tengan relación con el trabajo.*
- ✓ *Las enfermedades o defectos que padecía el trabajador con anterioridad al accidente y que se vean agravadas por las lesiones derivadas del accidente.*

12

Según el apartado cuarto del Art. 156 LGSS, NO se considera accidente de trabajo:

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

Pero no impedirán la calificación de un accidente como de trabajo (Art.156. 5 LGSS)

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

¿Qué se considera enfermedad profesional?

Una enfermedad profesional es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro incluido en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. (Art. 157 LGSS. Concepto de enfermedad profesional).

¿Qué debo saber sobre la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal?

Los aspectos relativos a la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal vienen regulados el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, que se desarrolla por la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, de los que destacamos las siguientes consideraciones:

- Únicamente los facultativos de atención primaria podrán emitir partes de bajas y altas en las contingencias comunes (en procesos de duración inferior a los 365 días).
- Para estos mismos procesos, los médicos de las Mutuas podrán proponer el alta médica.
- Tanto el Instituto Nacional de la Seguridad Social como la Mutua podrán acceder a los informes complementarios y de control elaborados por los facultativos de la atención primaria.
- La Mutua pasa a ejercer el control de la Incapacidad Temporal desde el mismo día de la baja laboral.
- Existe un procedimiento de suspensión cautelar de la prestación para aquellos casos en los que la persona trabajadora no acuda a las citas médicas de comprobación de la mutua y no lo justifique en tiempo en forma.
- Plazos para comunicar la baja y el alta a la empresa:
 - 3 días hábiles para entregar el parte de baja.
 - 24 horas para entregar el parte de alta.
 - 3 días hábiles para entregar la baja o la confirmación al INSS o a la Mutua en caso de pérdida de empleo y se tenga derecho a prestación.

¿Cómo se clasifican los procesos de incapacidad temporal y cuando se emiten los partes de confirmación?



CONCEPTOS BÁSICOS

Clasificación de los procesos de incapacidad temporal:

- » Procesos de duración muy corta: Inferiores a 5 días naturales.
- » Procesos de duración corta: de 5 a 30 días naturales.
- » Procesos de duración media: de 31 a 60 días naturales.
- » Procesos de duración larga: superiores a 61 días naturales.

Los partes de confirmación se emitirán en función de la duración estimada de la baja:

- » Si la duración de la baja es inferior a 5 días, se emite el alta y la baja en el mismo momento.
- » Si la duración de la baja se estima entre 5 y 30 días, el primer parte de confirmación a los 7 días y el resto cada 14 días como máximo.
- » Si la duración de la baja está entre 30 y 60 días, el primer parte de confirmación a los 7 días y los siguientes cada 28 días como máximo.
- » Si la duración de la baja es superior a 61 días, primer parte de confirmación a los 7 días y el resto cada 35 días como máximo.

Información sobre Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes

Información sobre Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales

Fuente: Seguridad Social:
Información Útil (seg-social.es)

CONCEPTOS BÁSICOS

Una situación de **incapacidad temporal por contingencia común** es aquella debida a enfermedad común o a accidente sin relación con el trabajo, en la que la persona trabajadora recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para el trabajo.

La duración máxima es de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que la persona trabajadora puede curarse y recibir el alta médica. (Art. 169 LGSS). Computándose en estos plazos los períodos de recaída y de observación.

Los beneficiarios de la prestación por incapacidad temporal por contingencias comunes son los trabajadores, incluidos en cualquier régimen de la Seguridad Social. Si se produce por enfermedad común, deben estar afiliados y en alta o en situación asimilada al alta y tener cubierto un período de cotización de 180 días en los 5 años anteriores. Si la prestación se deriva de accidente sea o no de trabajo, no se exigen cotizaciones previas. La cuantía de esta prestación es del 60% de la base reguladora desde el 4º día de la baja hasta el 20º inclusive y el 75% desde el día 21 en adelante. Para los trabajadores por cuenta ajena, el pago lo efectúa la empresa como pago delegado con la misma periodicidad que los salarios. El pago entre el 4º y el 15º día de la baja corre a cargo del empresario, a partir del 16º la responsabilidad de pago será del INSS o de la Mutua, dependiendo si la empresa ha concertado con la Mutua la gestión de la Incapacidad Temporal.

Se considera **incapacidad temporal por contingencia profesional** aquellas causadas por enfermedad profesional o accidente de trabajo, mientras que la persona trabajadora está impedida para el trabajo y reciba asistencia sanitaria.

La duración máxima es de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días, cuando se prevea que durante ellos el trabajador puede recibir el alta médica por curación. Incluidos en estos plazos se computan los períodos de recaída y de observación.

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

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

Para el cobro de la prestación por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales no se exigen periodos de cotización previos y su cuantía es del 75% de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja en el trabajo. El día en el que tiene lugar el accidente laboral, la persona trabajadora cobrará el salario íntegro y deberá abonarlo la empresa. El pago de la prestación lo realiza la empresa como pago delegado con igual periodicidad que la nómina.

Si la empresa
no cotiza por
el trabajador y
se produce un
accidente de trabajo
o una enfermedad
profesional



¿Quién se hace
cargo del pago
de la prestación?

CONCEPTOS BÁSICOS

Según el Art. 61 RD 1993/1995, de 7 de diciembre, en los casos de incumplimiento por las empresas asociadas a la Mutua de las obligaciones en materia de afiliación, de altas y bajas y de cotización, la Mutua no podrá suspender el convenio de asociación y está obligada a hacerse cargo de las prestaciones económicas y sanitarias a que tengan derecho las personas trabajadoras empleadas por tales empresarios, sin perjuicio de las acciones legalmente previstas para el resarcimiento de los importes correspondientes.

Corresponde a la Mutua la expedición de los partes médicos de baja, confirmación de baja y alta, así como la declaración del derecho al subsidio, su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción, en los procesos de incapacidad temporal derivados de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales correspondientes a las personas trabajadoras dependientes de las empresas asociadas.

¿Cuáles son las funciones de la representación legal de los trabajadores en relación con la gestión de las Mutuas?

Los representantes legales de los trabajadores facilitarán información sobre el proceso de atención de la Mutua en caso de sufrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Además, aconsejarán a la persona trabajadora en caso de que no esté conforme con la calificación del accidente o de la enfermedad por parte de la Mutua y explicarán el proceso para solicitar una determinación de la contingencia.

Pueden acompañar a la persona trabajadora a presentar una reclamación en el centro de la Mutua o ayudar a presentar esta queja o reclamación a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones.

Deben ser informados en los Comités de Empresa y en los de Seguridad y Salud de los aspectos relacionados con la gestión de los riesgos laborales.

Es importante que dispongan de una relación de las necesidades, reclamaciones y/o quejas de las personas trabajadoras para atenderlos correctamente y poder actuar reclamando al empresario una mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y también como argumentos de cara a la consulta por parte del empresario en relación con la prestación del servicio de la Mutua a las personas trabajadoras a la hora de renovar el Convenio de Asociación.

De cara a la renovación del Convenio de Asociación a la Mutua o la elección de otra Mutua distinta, el empresario deberá consultar a los representantes legales de los trabajadores, que deberán emitir un informe al respecto. Esta consulta es obligatoria pero no vinculante para el empresario. Por ello, desde UGT proponemos que en los Convenios Colectivos se incluyan cláusulas para alcanzar niveles de codecisión en esta materia.



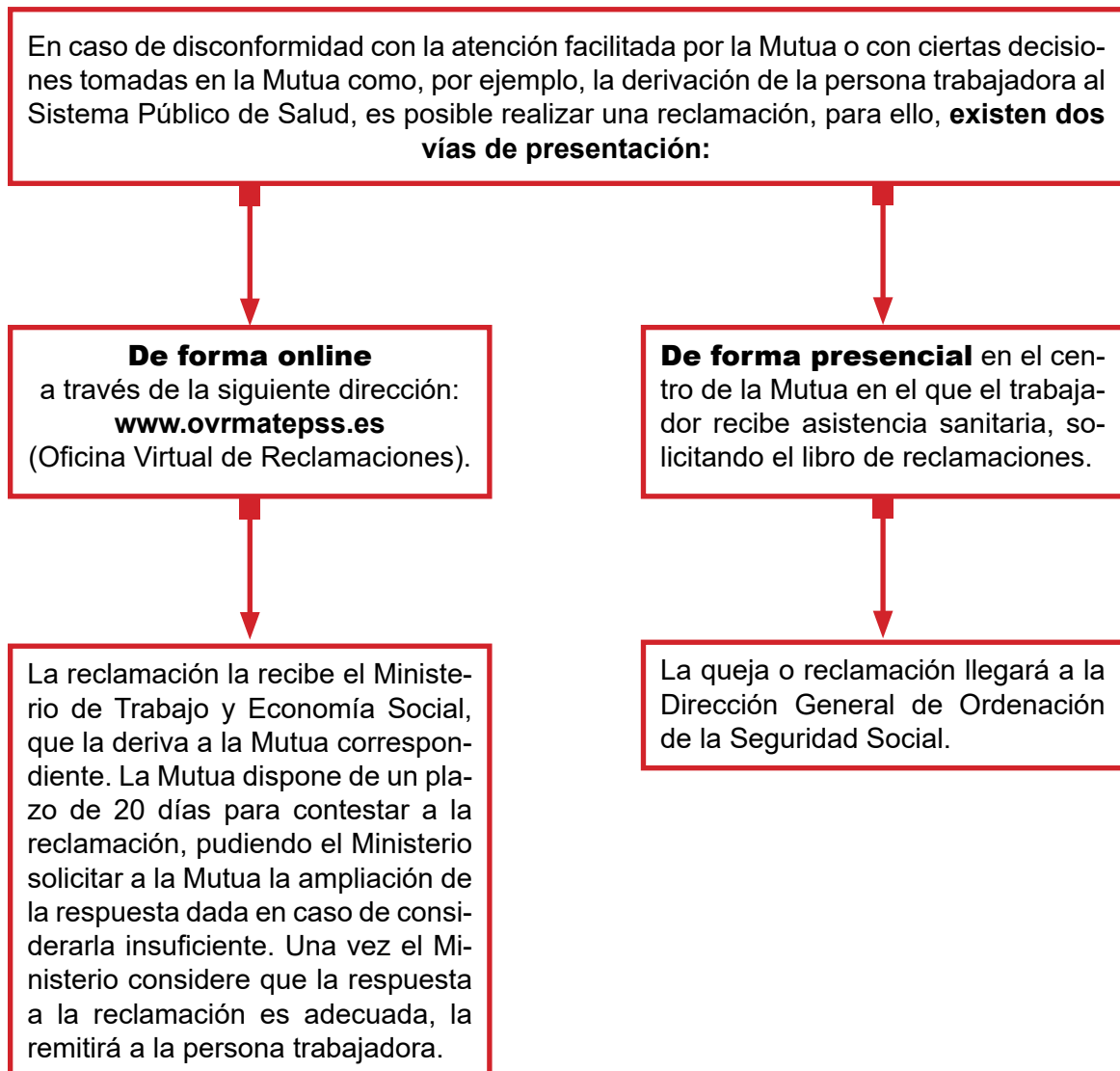
UGT dispone de representantes en las Mutuas, por lo que, si tienes algún problema con la atención recibida o con el reconocimiento de la prestación, ponte en contacto con cualquiera de las Secretarías de Salud Laboral de UGT



Fuente: *Conviene saber sobre las mutuas colaboradoras con la seguridad social (ugt.es)*

¿Cómo hacer reclamaciones ante la Mutua?

Fuente: *Conviene saber sobre las mutuas colaboradoras con la seguridad social (ugt.es)*



¿Cómo actuar en caso de que desde la Mutua se derive a la persona trabajadora al Sistema Nacional de Salud?

En ocasiones, cuando una persona trabajadora acude a la Mutua por una patología relacionada con el trabajo o con el trayecto de ida y vuelta al trabajo, sucede que se la deriva al Sistema Público de Salud calificándose esta patología como contingencia común, en lugar de como contingencia profesional.

Esta diferencia en la calificación del accidente o de la enfermedad deriva en que la persona trabajadora recibirá una prestación menor en términos económicos. Además, el tratamiento de rehabilitación, farmacológico, protésico, etc. pueden tener coste para la persona trabajadora si no estuviera cubierto por el Sistema Público de Salud. Sin embargo, si la patología se califica como contingencia profesional, todas estas necesidades de tratamiento serían cubiertas por la Mutua y por lo tanto gratuitas para la persona trabajadora.

Por lo tanto, ante situaciones de derivación de la persona trabajadora enferma o accidentada hacia el Sistema Público de Salud y siempre que la patología que padezca tenga relación con el trabajo, es posible realizar una reclamación o queja ante la Mutua, tal y como se explica en esta Guía.

Además, la persona trabajadora solicitará un informe médico en la Mutua, en el que se explique el argumento que motiva la derivación hacia el Sistema Público de Salud, haciendo que la patología se califique como contingencia común en lugar de como profesional. Además de los informes de las pruebas médicas que se le hayan realizado a la persona trabajadora.

La persona trabajadora acudirá a su médico de cabecera para ser atendido y recibir el tratamiento que el facultativo considere oportuno. El médico de cabecera será el que emita la baja laboral, calificándose la patología como contingencia común.

Una vez con la baja laboral y con el resto de documentación recabada, es posible presentar ante la Seguridad Social una determinación de contingencia.

¿Cómo solicitar una determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal?

Como se ha comentado anteriormente en esta Guía, en el caso que desde de la Mutua se derivase a la persona trabajadora al Sistema Público de Salud, por una patología relacionada con el trabajo o con ir y volver del trabajo, es posible presentar una solicitud de determinación de la contingencia, tras recibir la baja laboral por su médico de cabecera.

Una vez que el facultativo de atención primaria prescriba la baja laboral, la patología que sufre la persona trabajadora se califica como contingencia común y ya es posible solicitar la determinación de la contingencia. Toda la información y formularios necesarios para realizar esta solicitud se encuentra disponible en la web de la Seguridad Social, pinchando a través del siguiente enlace: [Seguridad Social: Prestaciones /Pensiones de Trabajadores \(seg-social.es\)](http://Seguridad Social: Prestaciones /Pensiones de Trabajadores (seg-social.es))

A continuación, se resume el procedimiento a seguir:

Como se ha mencionado anteriormente, una vez que se emite el parte de baja médica por el facultativo de atención primaria, la persona trabajadora puede solicitar la determinación de la contingencia adjuntando los informes y pruebas médicas que dispone ante el INSS. Debido a esta necesidad de aportar información a la solicitud, es importante solicitar en la Mutua un informe en el que se recojan los motivos por los que se deriva a la persona trabajadora hacia el Sistema Público de Salud.

El médico de la Mutua debe entregar al trabajador un informe médico en el que se describa la patología, el diagnóstico, el tratamiento dispensado y los motivos por los que se argumenta que la patología se considera como contingencia común. A este informe se le adjuntarán los informes de las distintas pruebas que se le hayan realizado en la Mutua a la persona trabajadora. Este informe debe ponerse en conocimiento del médico de atención primaria que emita el parte de baja por contingencia común.

Además, el propio médico de atención primaria podrá formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la Mutua.

Una vez se ha presentado la solicitud por parte de la persona trabajadora para la determinación de la contingencia, el INSS comunica el inicio del procedimiento al Servicio Público de Salud y a la Mutua, para que en 4 días hábiles aporten la información relacionada con el caso e informen sobre los motivos para la calificación de la contingencia de la que consideran que deriva la patología.

Tipos de contingencia:

Contingencias profesionales:

derivadas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Contingencias comunes:

derivadas de un accidente o enfermedad común.

Si el procedimiento lo inicia el facultativo de atención primaria, el INSS informará a la persona trabajadora, dándole 10 días hábiles para presentar la documentación que dispone y realizar las alegaciones que considere.

Aparte del requerimiento de información a las diferentes partes implicadas, 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.

Una vez recopilada toda la información, el equipo de valoración de incapacidades (EVI) emite un informe en el que manifiesta su opinión sobre la calificación de la patología. Este informe se remite al Directo provincial del INSS, quien será el que emita la resolución correspondiente al respecto. el plazo máximo para dictar resolución es de 15 días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas, o del agotamiento de los plazos concedidos en la comunicación del inicio del expediente.

En la resolución se indicará la determinación de la contingencia, es decir si se considera común o profesional y si el proceso es una recaída de otro anterior o no lo es, así como el sujeto responsable de la prestación (Mutua o INSS).

En el caso que se consiga la modificación de la contingencia común asignada inicialmente y la baja laboral pase a considerarse como contingencia profesional:

- » **El Sistema Público de Salud abonará la prestación de incapacidad temporal por contingencia común a la persona trabajadora hasta la fecha de resolución del procedimiento.**
- » **A partir del día de la resolución, será la Mutua la que abone la prestación de incapacidad temporal por contingencia profesional, así como la diferencia a favor del trabajador de la parte que inicialmente abonó el Sistema Público de Salud.**

La mutua deberá reintegrar al Servicio Público de Salud la prestación abonada a su cargo, mediante la compensación de las cuantías que procedan y también el coste de la asistencia sanitaria prestada.

La resolución de la determinación de la contingencia se comunica a la persona trabajadora, a la empresa, a la Mutua y al Servicio Público de Salud.

¿Qué hacer en caso de recibir el alta médica de forma prematura por la Mutua?

En los casos en los que la persona trabajadora sea dada de alta en procesos de incapacidad temporal por contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), con duración inferior a 365 días y considere que esta alta es prematura y que no se encuentra en condiciones de reanudar su actividad laboral, existe la posibilidad de solicitar la revisión del alta.

Una vez que el alta se notifique a la persona trabajadora puede solicitar la revisión del alta médica en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), existiendo un plazo de 10 días hábiles para realizar esta solicitud. El proceso, así como los formularios para iniciar esta revisión están disponibles en el siguiente enlace de la Seguridad Social Seguridad Social:

[Seguridad Social: Prestaciones/Pensiones de Trabajadores \(seg-social.es\)](http://seg-social.es)

La persona trabajadora deberá indicar, en la solicitud de revisión del alta, los motivos de su disconformidad con dicha alta médica. Además, adjuntará los antecedentes médicos existentes y copia de la historia médica relacionada con la incapacidad temporal en cuestión o la copia de la solicitud de dicho historial a la Mutua.

Una vez se ha solicitado, la persona trabajadora continúa en situación de baja laboral por la incapacidad temporal por contingencia profesional hasta que la Dirección Provincial del INSS decida sobre la solicitud, por lo que no debe reincorporarse a su puesto de trabajo. Se mantiene el pago de la prestación a la persona trabajadora, sin perjuicio de que posteriormente pueda considerarse indebidamente percibida.

La persona trabajadora debe comunicar a su empresa que ha iniciado el trámite de revisión del alta médica para que tenga conocimiento, el mismo día de presentación de la solicitud de revisión del alta o el siguiente día hábil.

El INSS comunicará a la Mutua el inicio del procedimiento para que, en 4 días hábiles, aporte la información sobre el proceso de incapacidad temporal e indique el motivo del alta médica. Si la Mutua no aporta esta información, se tendrá en cuenta la información que la persona trabajadora aportó en su solicitud de revisión del alta.

En este punto, la propia Mutua puede retractarse del alta emitida, lo que hará que se archive el procedimiento iniciado por la persona trabajadora y continúe en situación de incapacidad temporal.

Tras la aportación de la información por parte de la Mutua, el equipo de valoración de incapacidades (EVI) emite un informe, que dirige al Director Provincial del INSS, quien dictará la resolución en el plazo de 15 días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de Mutua.

En este punto pueden ocurrir varias situaciones:

- **Si se da la razón a la Mutua y se avala la decisión del alta**, la resolución deberá incluir la fecha y efecto del alta médica. En este supuesto la persona trabajadora tendrá que devolver la prestación percibida desde la fecha del alta hasta la resolución, debiendo reincorporarse inmediatamente a su puesto de trabajo.

En este supuesto, la persona trabajadora dispone de un plazo de 20 días hábiles desde la notificación de la denegación de la revisión del alta para presentar una demanda ante los Juzgados de lo Social.

- **Si se da la razón a la persona trabajadora y se mantiene la baja laboral**, la resolución incluirá la contingencia de la que deriva el proceso de incapacidad temporal, así como, en su caso, la improcedencia de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación de esta revisión por el Sistema Público de Salud. En este caso la persona trabajadora continuaría en situación de incapacidad temporal y seguirá percibiendo la prestación.
- Existe una tercera **posibilidad en la que la persona trabajadora se recupere durante el proceso de impugnación del alta médica**. En este caso se podrá declarar sin efectos el alta médica emitida por la entidad colaboradora por considerarla prematura y la resolución de procedimiento debe incluir la nueva fecha de efectos del alta médica. Por lo tanto, finalizaría la situación de incapacidad temporal debido a la recuperación de la persona trabajadora que tendría que reincorporarse a su puesto de trabajo.



Citaciones de la Mutua para revisión de la incapacidad temporal o baja médica

En primer lugar, aclarar que en los casos de incapacidad temporal por contingencias comunes es el Servicio Público de Salud el único organismo que puede emitir partes de baja, confirmación y de alta.

Las Mutuas pueden emitir partes de baja, alta y confirmación respecto de los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional) y también pueden hacer propuestas de alta en los procesos de contingencias comunes.

Una vez agotado el plazo de 365 días, corresponde al INSS el reconocimiento de la prórroga de la incapacidad temporal, iniciar el expediente de incapacidad permanente, emitir el alta médica o emitir una nueva baja laboral cuando se produzca una recaída por la misma o similar patología, en el plazo de 180 días al alta médica.

Según el Art. 9 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, **las Mutuas pueden citar a las personas trabajadoras que se encuentren en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, incluidas en su ámbito de gestión, para reconocimientos médicos, desde el primer día de baja médica.** Estos reconocimientos deberán respetar el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores.

El médico de la Mutua tendrá acceso a los informes y pruebas diagnósticas relativos a la patología que causa la baja laboral.

La Mutua debe comunicar a la persona trabajadora la citación para el reconocimiento médico con una antelación mínima de cuatro días hábiles. En esta citación se informa de que, en caso de no acudir al reconocimiento, se procederá a suspender cautelarmente la prestación económica y que, si la falta de asistencia no es justificada en el plazo de diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se procederá a la extinción del derecho al subsidio.

Si la persona trabajadora justifica previamente a la fecha fijada para el reconocimiento médico o en ese mismo día, las razones que le impiden asistir, la mutua, podrá fijar una fecha posterior para su realización, comunicándolo al interesado con la antelación mínima de 4 días hábiles.

La no asistencia al reconocimiento médico se justifica cuando:

- La persona trabajadora aporte un informe emitido por el médico del Servicio Público de Salud que le dispense la asistencia sanitaria, en el que se señale que la personación era desaconsejable conforme a la situación clínica del paciente;
- la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a cuatro días hábiles,
- la persona trabajadora acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

ASPECTOS PRÁCTICOS

Como se ha mencionado anteriormente, cuando la persona trabajadora no acuda al reconocimiento en la fecha fijada por la Mutua y no haya justificado esta incomparecencia, la Mutua acordará la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento. Esta decisión tiene que comunicarse inmediatamente a la persona trabajadora, dando un plazo de diez días hábiles a partir de la fecha de citación para el reconocimiento, para que la persona trabajadora pueda justificar su ausencia.

Si la persona trabajadora justifica su no asistencia al reconocimiento médico en los diez días que tiene de plazo, se dejará sin efecto la suspensión cautelar y se volverá a efectuar el pago de la prestación con efectos desde la fecha en que quedó suspendida. La Mutua, en los quince días siguientes a la fecha a esta resolución, pagará directamente a la persona trabajadora el subsidio correspondiente al período en que quedó suspendido.

En el caso contrario, en el que la persona trabajadora no justifique su incomparecencia al reconocimiento médico, la Mutua acordará la extinción del derecho a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión.



Compensación de gastos de desplazamiento por parte de la Mutua

La compensación de los gastos de desplazamiento por parte de la Mutua viene regulado en la Resolución de 21 de octubre de 2009, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se dictan instrucciones para la compensación de gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparecencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas.

Serán compensados los gastos de desplazamiento para los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y también para las citaciones para asistir a reconocimiento médico en relación con la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Para los casos de residentes en la misma localidad en la que se preste la asistencia sanitaria

- ✓ **Asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales** (accidente de trabajo y enfermedad profesional): tendrán derecho al abono de los gastos por desplazamiento en medios de transporte colectivo, incluido el taxi, cuando su utilización sea prescrita por el facultativo que les atienda o sea autorizada por la Mutua cuando no exista otro medio de transporte o cuando la persona trabajadora no disponga de transporte para acudir a la fecha y hora de la citación médica.
- ✓ **Citaciones para asistir a reconocimiento médico:** se abonarán los gastos de desplazamiento en medios de transporte colectivo. Sólo se abonarán los gastos de taxi o ambulancia cuando el estado del enfermo requiera el uso de dichos medios de transporte, siendo necesario que se informe a la Mutua.

Para los casos de residentes en distinta localidad de la que se preste la asistencia sanitaria

- ✓ **Asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales** (accidente de trabajo y enfermedad profesional): tendrán derecho al abono de los gastos de desplazamiento en autobús, ferrocarril y taxi, así como, en casos de desplazamiento desde o hacia territorio extrapeninsular o entre las islas, en avión o en barco, tanto de ida como de regreso. También tendrán derecho a la compensación por desplazamiento en vehículo particular en caso de que opten por este medio de transporte. Además, tendrán derecho a la compensación de los gastos de taxi cuando la utilización de este medio de transporte sea prescrita por el facultativo que atienda o preste la asistencia sanitaria por ser exigido por razones médicas. Si no es el caso, los gastos de taxi solo se abonarán cuando sea autorizado por la Mutua previamente al desplazamiento para en aquellos casos en que no exista otro medio de transporte colectivo o cuando el servicio no se ajuste a la fecha y hora de la citación.
- ✓ **Citaciones para asistir a reconocimiento médico:** tendrán derecho al abono de los gastos de desplazamiento en autobús, ferrocarril y taxi, así como, en casos de desplazamiento desde o hacia territorio extrapeninsular o entre las islas, en avión o en barco, tanto de ida como de regreso.

ASPECTOS PRÁCTICOS

También tendrán derecho a la compensación por desplazamiento en vehículo particular en caso de que opten por este medio de transporte. Para el caso del taxi, se requiere una autorización previa de la Mutua y únicamente para los casos en los que no existan medios de transporte colectivo, o cuando el servicio no se ajuste a la fecha y hora de la citación médica. Se abonará el importe del taxi hasta la estación de ferrocarril o autobús, puerto o aeropuerto de línea regular más próximos y, si fuera necesario, hasta el lugar de citación. Otro supuesto es que el estado de salud de la persona trabajadora le impida el desplazamiento por medios de transporte colectivo, en tal caso le serán abonados los gastos de desplazamiento en taxi, siendo necesario el informe favorable de la Mutua.

Respecto a los importes de la compensación:

Si se utilizan medios de transporte colectivos, la compensación será el importe total a que ascienda la tarifa más económica: en ferrocarril, billete de segunda clase; en autobús, billete de línea regular; y en barco o en avión, billete de clase turista. Para cobrar estos gastos se deberá presentar el billete.

Si se utiliza un vehículo particular, no es necesario presentar ningún tipo de justificante, basta con la asistencia de la persona trabajadora al reconocimiento. El kilometraje se paga a 0,19 euros por kilómetro.

Si el desplazamiento se hace en taxi, se necesitará la factura para justificar el gasto y en la misma se debe detallar el origen y el destino del trayecto. Para los desplazamientos en taxi de personas residentes en distinta localidad a la que tienen que acudir, se podrá abonar la permanencia del taxi en espera de efectuar el reconocimiento.



Consideraciones para la reincorporación al trabajo tras una baja laboral prolongada



Según el Art 37.3. b) del Reglamento de los Servicios de Prevención, se debe evaluar la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.

Además, según el Art 22. LPRL sobre Vigilancia de la Salud, se establece que el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

Indicar que no existe una definición legal sobre el tiempo necesario para que se considere una baja laboral como ausencia prolongada del puesto de trabajo. Pero, por ejemplo, en la Orden ESS/1187/2015, se denominan como bajas largas aquellas con una duración superior a 61 días.

A través de la vigilancia de la salud, el personal médico del Servicio de Prevención tiene que determinar si la persona trabajadora que se reincorpora tras una ausencia prolongada, debe pasar a considerarse como especialmente sensible a los riesgos de su puesto de trabajo (Art. 25.1 LPRL) y si este fuera el caso, los técnicos del servicio de prevención propondrán las medidas preventivas adecuadas.

Es posible que sea necesaria una adaptación del puesto de trabajo a las nuevas condiciones de salud de la persona trabajadora, si así se determina por parte del servicio médico, en este caso, el empresario deberá implantar las medidas que estimen los técnicos del servicio de prevención.

Si esta adaptación del puesto de trabajo no fuera posible, se cambiará al trabajador a otro puesto de trabajo que si pueda desempeñar con garantías para su seguridad y salud.

Por otro lado, si tras el alta por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, la persona trabajadora necesitase rehabilitación, esta computa como tiempo efectivo de trabajo.

Cómo actuar si debido a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional la persona trabajadora sufre lesiones definitivas pero que le permiten continuar trabajando

ASPECTOS PRÁCTICOS

Las lesiones permanentes no invalidantes son definidas como cualquier lesión, permanente causada por un accidente de trabajo o una enfermedad reconocida como profesional, que sin llegar a ser a los límites impeditivos de una incapacidad permanente implica la disminución de la integridad física de la persona trabajadora. Estas lesiones no constituyen técnicamente un grado de incapacidad permanente, porque no repercuten en la capacidad para el trabajo en los parámetros determinados para las mismas.

Esta prestación consiste en una indemnización económica por una sola vez, cuya cuantía está determinada en el baremo que entró en vigor en 2013 para cada tipo de lesión. Este baremo fue aprobado por la Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.

El pago a la persona trabajadora lo debe efectuar la Mutua y esta prestación es compatible con el trabajo, incluso en la misma empresa.

El procedimiento lo puede iniciar la propia Mutua o lo puede iniciar la propia persona trabajadora, cumplimentando el modelo de solicitud disponible en el siguiente enlace: Seguridad Social: Información Útil (seg-social.es) y adjuntando la documentación requerida y presentando la solicitud ante el INSS.

Una vez realizada la solicitud será el Equipo de Evaluación de Incapacidades (EVI) el que declare la existencia de las lesiones permanentes no invalidantes, en el plazo de 135 días y el Director Provincial del INSS dictará resolución en la que se establecerán las limitaciones y la cuantía de la indemnización. Como se ha dicho anteriormente, el pago lo realiza la Mutua.



Desacuerdo respecto de la semana en la que se inicia la prestación por riesgo durante el embarazo

La prestación por riesgo durante el embarazo va dirigida a cubrir la pérdida de salario de las trabajadoras embarazadas que, debido a que el trabajo afecta negativamente a su salud o a la del feto, tienen en suspenso el contrato de trabajo, por imposibilidad de cambio de puesto de trabajo o de actividad por otro compatible con su estado.

El subsidio supone el 100% de la base reguladora por Incapacidad Temporal derivada de contingencias profesionales, de la que se deducirán los importes por cotizaciones a la Seguridad Social y las retenciones por IRPF.

El derecho se inicia el mismo día que comienza la suspensión del contrato de trabajo y se abonará por la Mutua durante el tiempo que sea necesario para la protección de la salud de la trabajadora embarazada y/o del feto y finalizará el día anterior al de inicio del descanso por maternidad o el de reincorporación al puesto de trabajo.

Una vez solicitada la prestación ante la Mutua, ésta puede reconocer la prestación de forma inmediata o de forma diferida, reconociéndola a partir de una fecha posterior.

Si la Mutua reconoce la prestación de forma diferida y la trabajadora no está de acuerdo, porque considera que existen riesgos laborales que la afectan negativamente y que no han sido tenidos en cuenta, puede interponer una reclamación ante dicha Mutua, tal y como se ha explicado anteriormente en este documento. El plazo para poner esta reclamación es de treinta días desde la notificación de la resolución.

La Mutua dispone de un plazo de un mes para dar respuesta, siendo el silencio administrativo negativo.

Si la Mutua responde a la reclamación, desestimando la petición, o en el caso de que no dé respuesta, por lo que se considerará desestimada, la trabajadora puede interponer una demanda ante el Juzgado de lo Social.



Acude a UGT para recibir asesoramiento sobre estos trámites



Denegación de la prestación por riesgo durante el embarazo porque la empresa no tiene evaluación de riesgos

ASPECTOS PRÁCTICOS

Es posible que a la hora de que la trabajadora solicite ante la Mutua la prestación por riesgo durante el embarazo salga a la luz que la empresa no dispone de evaluación de riesgos del puesto de trabajo, por lo que está incumpliendo la normativa en materia preventiva.

Este incumplimiento empresarial supone que la trabajadora no dispone de documentación que acredite los riesgos a los que está expuesta en su puesto de trabajo.

Para solicitar la prestación ante la Mutua, es un requisito indispensable presentar la evaluación de riesgos laborales del puesto de trabajo o un informe del servicio médico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales sobre los riesgos del puesto de la trabajadora embarazada. Si esta documentación no se le facilita a la trabajadora, la Mutua denegará la prestación, quedando la trabajadora y/o el feto desprotegidos frente a los riesgos de su lugar de trabajo.

En estos casos la trabajadora puede denunciar a la empresa ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social por incumplimiento de la normativa en materia preventiva.

Además, la trabajadora podría solicitar en la Mutua que envíen personal para que evalúen sus condiciones de trabajo y así pueda decidir sobre su solicitud de prestación por riesgo durante el embarazo.



Acude a UGT para recibir asesoramiento sobre estos trámites



Embarazo de riesgo o riesgo durante el embarazo

No es lo mismo un embarazo de riesgo que la prestación por riesgo durante el embarazo.

El **embarazo de riesgo** es aquel que por ciertos factores o patologías puede verse complicado poniéndose en riesgo la salud de la madre o del feto. Para estos casos, correspondería una incapacidad temporal derivada de contingencia común, ya que el riesgo para la trabajadora y/o el feto no viene derivado del entorno laboral. Esta baja laboral la expedirá el médico de atención primaria.

Sin embargo, para los casos de **riesgo durante el embarazo**, existen riesgos laborales en el puesto de trabajo que pueden afectar negativamente al estado de salud de la trabajadora embarazada y/o al feto. El riesgo entonces viene derivado del entorno laboral, por lo que corresponde el cambio de puesto de trabajo o adaptación de las condiciones laborales, si no fuera posible se suspenderá el contrato de trabajo y corresponderá la prestación de riesgo durante el embarazo.



Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

Esta prestación económica va dirigida a los progenitores, adoptantes o acogedores que necesitan reducir su jornada laboral para cuidar a un menor a su cargo afectado por cáncer u otra grave enfermedad.

Las enfermedades consideradas como graves son las incluidas en el listado que aparece en el anexo del *RD 1148/2011 de 29 de julio*.

La reducción de la jornada de trabajo debe ser de al menos un 50% para quienes tengan a su cargo a un menor afectado por cualquier enfermedad grave que requiera ingreso hospitalario de larga duración, durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad.

En una unidad familiar, solo tendrá derecho al subsidio una de las dos personas. En caso de separación, nulidad o divorcio, habrá que acordar a quién se le concederá el subsidio, o bien alternárselo.

Para tener acceso a esta prestación deben acreditarse unos periodos mínimos de cotización

EDAD*	PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN PARA EL DERECHO AL SUBSIDIO
Menos de 21 años	No se exigen
Entre 21 y 25 años	90 días cotizados dentro de los siete años inmediatamente anteriores a dicha fecha o 180 días cotizados a lo largo de su vida laboral, con anterioridad a la fecha
A partir de 26 años	180 días dentro de los siete años inmediatamente anteriores a dicha fecha o 360 días cotizados a lo largo de su vida laboral, con anterioridad a la fecha indicada

* En la fecha en la que inicien la reducción de jornada

Las personas contratadas a tiempo parcial tendrán derecho al subsidio siempre que reduzcan su jornada en, al menos, un 50%, reconociéndose el subsidio en proporción al porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo.

La cuantía es el equivalente al 100% de la base reguladora establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales, o, en su caso, la derivada de contingencias comunes, si no se ha optado por la cobertura de las contingencias profesionales, aplicando el porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo.

Tanto la gestión de la prestación como el pago corresponde a la Mutua, el derecho comienza el mismo día que se inicia la reducción de jornada, siempre que la solicitud se formule en el plazo de

UGT- CEC: Ficha nº 12 "Subsidio por cuidado de menores afectados por cáncer o por una enfermedad grave". UGT-CEC. 2018

ASPECTOS PRÁCTICOS

tres meses desde la fecha en que se produjo dicha reducción. Transcurrido dicho plazo, los efectos económicos del subsidio tendrán una retroactividad máxima de tres meses.

La prestación se reconoce por un periodo inicial de un mes, prorrogable por periodos de dos meses, cuando subsista la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del menor y, como máximo, hasta que éste cumpla los 18 años, o hasta los 23 años de edad si subsistiera la necesidad de hospitalización, tratamiento y de cuidado¹.

Para que se reconozca el derecho a cobrar esta prestación por parte de la Mutua, la persona trabajadora presentará la solicitud oficial ante la mutua, en el plazo de tres meses desde que se produjo la reducción de jornada.

Una vez recibida toda la documentación requerida, la Mutua dictará resolución expresa y notificará en el plazo de 30 días, contados desde la recepción de la solicitud, el reconocimiento o denegación del derecho a la prestación económica a la persona trabajadora.

Si transcurrido el plazo de 30 días no se ha dictado y notificado resolución expresa, la solicitud se entenderá desestimada.

Las resoluciones dictadas por la entidad gestora o la mutua serán recurribles, en la forma prevista en el artículo 71 del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por RD legislativo 2/1995, de 7 de abril.

34



Los documentos que se adjuntarán son:

- Certificado de empresa donde conste la fecha de inicio de la reducción de jornada y porcentaje.
- Declaración del facultativo médico, bien del Servicio Público o del privado, donde se exprese la necesidad del cuidado del menor por enfermedad que requiera ingreso hospitalario y tratamiento médico continuado de la enfermedad.
- Libro de familia o certificado acreditativo de adopción, acogimiento o tutela del menor.
- Certificado de la empresa donde conste la cuantía de la base de cotización de la persona trabajadora por contingencias profesionales o, en su caso, por contingencias comunes, correspondientes al mes previo a la fecha de inicio de la reducción de jornada. Los trabajadores a tiempo parcial, deberán reflejar la cuantía de la base de cotización correspondiente a los tres meses anteriores a la reducción de jornada. Los Autónomos, han de presentar la declaración de la situación de la actividad referida a la parte de jornada profesional que reduce el trabajador autónomo.

1.- El aumento de la duración de la prestación hasta los 23 años de edad es una modificación incluida en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2022 y recogida en el art. 190. Situación protegida. Punto 3. de la Ley 22/2021, de 28 diciembre

Bibliografía



- A.A.V.V.: *“Guía sindical para representantes de UGT en las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social”*. UGT-CEC. 2011
- A.A.V.V.: *“Guía Sindical para representantes: Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”*. UGT-CEC. 2016.
- FERNÁNDEZ AVILÉS, J.A.: *“Guía: Cuestiones que delegados/as de prevención han de saber sobre riesgos psicosociales”*. UGT. 2016.
- GARCÍA JIMÉNEZ, M.: *“Buenas prácticas en la empresa: el papel de los delegados y delegadas de prevención frente a los riesgos psicosociales”*. UGT-Andalucía. 2013.
- INSHT: *“Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020”*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2015.
- UGT CASTILLA Y LEÓN: *“De las Mutuas patronales a las Mutuas de la Seguridad Social”*. UGT Castilla y León. 2012.
- UGT CASTILLA Y LEÓN: *“Manual del delegado de prevención”*. UGT Castilla y León. 2013.
- UGT ILLES BALEARS: *“Guía para delegados/as de prevención. Sin delegados no hay prevención”*. UGT Illes Balears. 2016.
- UGT MADRID: *“Manual Informativo de PRL: Delegados/as de prevención”*. UGT Madrid. 2016.
- UGT MURCIA: *“Guía informativa sobre las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y la Acción Sindical en este ámbito”*. UGT Murcia. 2016.
- UGT: *“Manual de actuación para delegados/as de prevención”*. UGT-CEC. 2019.
- UGT: Ficha nº 12 *“Subsidio por cuidado de menores afectados por cáncer o por una enfermedad grave”*. UGT-CEC. 2018
- UGT: Folleto: *“Conviene saber sobre las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”*. UGT-CEC. 2016.

NORMATIVA SOBRE MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL



NORMATIVA SOBRE MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

1.- General

- » Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- » RD 1993/1995 de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- » RD Legislativo 2/1995, de 7 de abril de Procedimiento Laboral.
- » RD 8/2015, Texto Refundido Ley General de la Seguridad Social.
- » Reglamento de Colaboración de Mutuas. Octubre 2014.
- » Estatutos de la Mutua.
- » RD 625/2014 de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por Incapacidad Temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días.
- » Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, desarrollando el RD 625/2014.
- » Resolución de 18 octubre de 2021, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, para el acceso telemático a los informes médicos de los expedientes administrativos del INSS.

2.- Órganos de Gobierno y Participación de las Mutuas

- » RD 8/2015, Texto Refundido Ley General de la Seguridad Social.
- » RD 1993/1995 de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- » Resolución de 28 de Octubre de 2019, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, por la que se establece el régimen de aplicación de las prestaciones complementarias del artículo 96.1 b), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de Octubre.

3.- Citaciones de la Mutua para revisión de la incapacidad temporal o baja médica

- » RD 625/2014 de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por Incapacidad Temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días.
- » Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, desarrollando el RD 625/2014.

4.- Compensación de gastos de desplazamiento por parte de la Mutua

- » Orden TIN 971/2009, DE 16 de abril, por la que se establece la compensación de gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparecencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas.
- » Resolución de 21 octubre de 2009 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se dictan instrucciones para la compensación de gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparecencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas.

5. Consideraciones para la reincorporación al trabajo tras una baja laboral prolongada.

- » Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- » Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- » Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, desarrollando el RD 625/2014.

6. Lesiones definitivas no invalidantes.

- » Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.

7. Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural.-

- » RD Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo.
- » Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo. 2011. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- » Guía de Ayuda para la Valoración del Riesgo Laboral durante el embarazo. Tercera edición. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.
- » Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. INSS. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas.

8. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

- » RD 1148/2011 de 29 de julio. Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
- » Orden TMS/103/2019, de 6 de febrero, por la que se modifica el anexo del RD 1148/2011.
- » Ley 22/2021, de 28 de diciembre. Presupuestos Generales del Estado para el año 2022, que modifica el Artículo 190 del RD 1148/2011 de 29 de julio.