

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO
DE ACTUACIÓN EN CONTINGENCIAS
PROFESIONALES**

Ante cualquier duda en la aplicación de los criterios establecidos, contacta con tu sindicato.
CC.OO. está para la defensa de tus derechos

Autor:
Jaime González Gómez
Coordinador de mutuas en la Confederación sindical de CC00

La edición de este folleto se realiza al amparo de la acción
AT-069-2014 de la Fundación de Prevención Riesgos Laborales

Edición 2015
Depósito legal CO-2145-2015

ÍNDICE

Introducción.....	5
Sistema español de atención a la pérdida de salud	6
Concepto de accidente de trabajo y enfermedad profesional.....	7
* Accidente de trabajo	7
* Enfermedad Profesional.....	10
Qué hacer desde el SINDICATO	14
Uso de herramientas y estrategias sindicales.....	14
Ley 35/2014.....	15
Real Decreto 625/2014.....	19
Determinación de la Contingencia.....	25
Propuesta de alta formuladas por las mutuas.....	28
Requerimiento trabajadores a reconocimiento médico	31
Reclamaciones ante las mutuas	34
SOLICITUD DE RECARGO DE PRESTACIONES.....	37
Disconformidad de alta del INSS agotado el plazo de los 365 días	38
Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla 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.....	40
CONCLUSIONES	43
GLOSARIO.....	45

El libro del Génesis, en su capítulo 3 expone que “**la persona, con fatiga, sacará de la tierra el alimento hasta que, llegado su momento, vuelva a esa tierra de donde vino**”. Nuestra intención es que ese retorno sea por edad y no acelerado por las exposiciones en el trabajo, de tal modo que las condiciones de trabajo sean dignas y adaptadas a las personas que trabajan.

INTRODUCCIÓN

La persona, a lo largo de su existencia nace, se desarrolla, crece y muere. Dentro de este camino goza de periodos de salud y también de daño o enfermedad.

Algunas situaciones de pérdida de salud son por evolución natural, pero desde **CC.OO.** tratamos que ni los acontecimientos accidentales bruscos e inesperados fruto de la actividad laboral ni las exposiciones a medio ambientes lesivos en el trabajo aceleren el proceso de enfermar, envejecer prematuramente y morir.

Todo Sistema Social de Bienestar prevé una protección para los estados de necesidad por pérdida de la salud. Luego, la ineludible situación de accidente o enfermedad no se concibe como un estado de desatención; sino que DEBE de existir un sistema organizado, dotado y con las garantías de lo público (libre acceso e igualdad de trato).

Todo ello para que cubra las carencias, atienda los daños y permita compensar los estados de falta de ingresos por pérdida de salud, hasta su plena recuperación. En el caso de que esta última no se produzca, arbitrará las medidas para que la persona tenga sus necesidades satisfechas y pueda reinsertarse en el mercado laboral con las secuelas reconocidas y compensadas y en un puesto de trabajo adaptado a sus actuales necesidades psico-físicas. De no ser posible, las prestaciones paliarán la falta de ingresos y permitirán que la persona pueda vivir en condiciones dignas pese a su irreparable pérdida de salud que le impide el sustento por medio del trabajo.

En España la atención al daño se ha concebido por un **sistema dual**. Es decir, la reparación del daño y la protección a los estados de pérdida de salud y compensación, se han articulado por dos financiaciones: **impositiva** y **cuotas**. Es decir, un sistema de protección semi-universal financiado por impuestos y otro cargo a cuotas o contribución de las personas que trabajan y cotizan.

En esta **guía** vamos a abordar los sistemas de atención a la salud y principalmente las prestaciones y los agentes que las gestionan. Centrándonos en las **Mutuas**. La acción de éstas se han consolidado con la Ley 35/2014 y el Real Decreto 625/2014, que aunque anterior a la Ley de Mutuas, desarrolla la gestión de la **Incapacidad Temporal (IT)** antes de los 365 días, donde desarrollan su colaboración las Mutuas. Se informa también de la Orden de Empleo y Seguridad Social, Orden ESS/1187/2015.

En la gestión de la IT es donde más claro se evidencia el sistema <<híbrido público-privado>>, donde las Mutuas, asociaciones privadas de empresarios, tratan de ejercer el control de los sistemas públicos de salud, bajo el argumento que la gestión privada es más eficaz y eficiente que la pública; con el fin de reducir lo que se denomina <<absentismo>>¹ que es lo que a criterio empresarial, perjudica la competitividad de las empresas. De este sistema quien sale perjudicado es el trabajador y trabajadora en baja a

¹ ABSENTISMO: [Real Academia de la Lengua Española] ausencia deliberada de acudir al lugar donde se cumple una obligación. Abandono habitual del desempeño de funciones y deberes propios de un cargo o actividad laboral.

quien se le atribuye que actúa de forma “fraudulenta” con la connivencia necesaria de los profesionales de la salud de los sistemas públicos de salud.

SISTEMA ESPAÑOL DE ATENCIÓN A LA PÉRDIDA DE SALUD

- Sistema Público de Salud.
- Sistema de cotización por cuotas de trabajadores/as en activo.

	Sistema Público de Salud	Sistema cuotas
Modelo	* Atención por un sistema público.	* Atención por un sistema que tiene bases en el “aseguramiento” privado.
Financiación	* Financiado por impuestos generales. Recaudación nacional y transferencia a las Comunidades Autónomas.	* Financiados por cuotas públicas de Seguridad Social aportadas por trabajadores/as y sus empleadores.
Acceso al sistema	* Acceso Universal para ciudadanos españoles. Con alguna limitación ² .	* Acceso limitado a los trabajadores/as que están en activo y que cotizan.
Competencias transferidas o no	* Competencia sanitaria transferida a las Comunidades Autónomas.	* Competencia sanitaria y gestora centralizada en la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.
Objeto de atención	* Accidente común. * Enfermedad común.	* Accidente de Trabajo. * Enfermedad Profesional. * Enfermedad del Trabajo.
Gestión de la prestación económica (no asistencial)	* Gestión de prestaciones por el INSS ³ y cada vez más con la colaboración de las mutuas.	* Gestión de prestaciones por el INSS con la colaboración, cercana a un 95 %, de las mutuas.
Prestación de asistencia sanitaria: Sistema público de salud / MUTUAS	* Atención asistencial por medicina ambulatoria, médico de familia y especialistas. Hospitalización y rehabilitación en hospitales de la red de asistencia sanitaria pública.	* Atención asistencial por medio de los centros propios o concertados de las entidades colaboradoras o mutuas . Es posible el acuerdo para el uso de los medios del sistema público de salud. Concertos con entidades privadas.

	Sistema Público de Salud	Sistema cuotas
Organización	* Cada Comunidad Autónoma establece la Consejería competente y dispone los medios ambulatorios y hospitalarios.	* La Seguridad Social permite la colaboración empresarial por el “autoaseguramiento” y la constitución de MUTUAS. Se dispone de una red asistencial propia o concertada.
Control	* Inspección médica del sistema público de salud dependiente de la Consejería de Sanidad competente en la Comunidad Autónoma. * Coordinación del Ministerio de Sanidad. * Auditorías públicas.	* Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. * El INSS. En la Determinación de la Contingencia. * Intervención General de la Seguridad Social. * Inspección de Trabajo y Seguridad Social. * Auditorías públicas.

² El Real Decreto-ley 16/2012 modifica radicalmente el régimen del derecho a la salud en España, al limitar la titularidad de éste a una condición administrativa (presencia regular o irregular en territorio español).

³ **INSS**: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Entidad Gestora de la Seguridad Social que tiene encomendada la gestión y administración de las **prestaciones económicas** del sistema de la Seguridad Social.

Algunas ideas clave de los cuadros precedentes:

- Dualidad de sistemas de atención. Distintas fuentes de financiación.
- Diferenciación de los **daños**:
 - Contingencia común: accidente y enfermedad no laborales.
 - Contingencia profesional. Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.
- Competencias sistemas públicos de salud en las Comunidades Autónomas frente al sistema centralizado de la Seguridad Social.
- Vasos comunicantes de los sistemas por la gestión de la IT por contingencia común. Interferencias sistema Mutuas y sistemas públicos de salud.

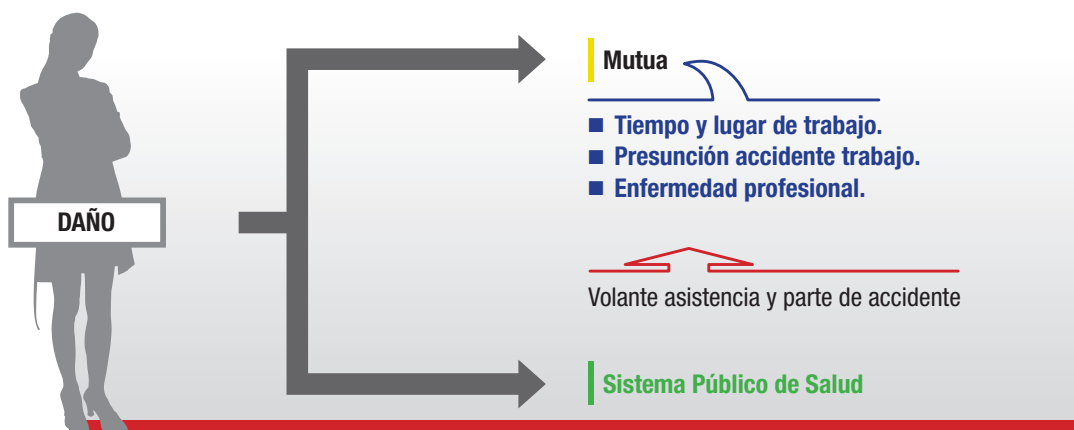
CONCEPTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Accidente de trabajo

Se entiende por **accidente de trabajo**: <<toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena>>. (Art. 115 de LGSS). A partir del 2 de enero de 2016 entra en vigor el Real Decreto Legislativo 8/2015 y el artículo es el **156**.

Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

- a. Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. Los conocidos como “*in itinere*” (se vera pormenorizadamente más adelante).
- b. Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
- c. Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- d. Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- e. Las enfermedades, no incluidas en el **artículo 116**, A partir del 2 de enero de 2016 entra en vigor el Real Decreto Legislativo 8/2015 y el artículo es el **157**, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- f. Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- g. Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.



Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de **accidente de trabajo** las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo. Así las **patologías no traumáticas**, como infartos.

No obstante lo establecido en los apartados anteriores, **no tendrán la consideración de accidente de trabajo**:

- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

- Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

No impedirán la calificación de un accidente como “de trabajo”:

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

Esta definido el accidente de trabajo en el Régimen General de la Seguridad Social (art. 115 Ley General de la Seguridad Social). A partir del 2 de enero de 2016 entra en vigor el Real Decreto Legislativo 8/2015 y el artículo es el **156**.

En la actualidad existe asimilaciones a este Régimen General para el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), que define el ACCIDENTE DE TRABAJO como el “ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación del régimen especial”. (Art. 3.2 Real Decreto 1273/2003).

Por tanto, se asimilan prestaciones y tratamientos para los trabajadores “Autónomos”, a lo que antes era sólo para los trabajadores por cuenta ajena del régimen general.

Así, las **Mutuas**⁴ también pueden dar cobertura a estos trabajadores autónomos.

Para los **autónomos**, se ha ido modificando la protección desde el año 2004, incluyendo mejoras para la IT Contingencia Común y afectando también a la posibilidad de equiparar las prestaciones con los trabajadores por cuenta ajena, o sea, para los casos de inclusión de la protección de las contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional), aspectos claramente terminados de regular con el **Estatuto del Trabajo Autónomo**, Ley 20/2007 y las referencias a los trabajadores autónomos económicamente dependientes (TRADE) y en sectores de **especial peligrosidad**.

Para los autónomos y su consideración del accidente asimilable al accidente de trabajo se establece como imprescindible la presentación de la **declaración de situación de actividad**, regulado en el artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, y la Resolución de 4 de febrero de 2004 del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

* *Peculiaridad del accidente de trabajo “in itinere”:*

El accidente en el trayecto o **in itinere** tiene su origen en la jurisprudencia, que elaboró su concepto a través de la ampliación del término de accidente de trabajo, al incluir en éste los accidentes que, **de forma indirecta** podrían tener una relación con el trabajo.

<<Viene siendo definido de forma simple como el que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo>>.

El núcleo fundamental de la construcción jurisprudencial del accidente in itinere es que **sólo puede calificarse como tal aquél que se produce en un desplazamiento que viene impuesto por la obligación de acudir al trabajo o volver de éste**.

En ello tres variables imprescindibles:

- El lugar de trabajo,
- El domicilio del trabajador y
- La conexión entre ellos a través del trayecto. No es suficiente pues, con que el accidente se produzca al ir o volver del trabajo, se precisa además, la conexión causal entre domicilio y trabajo. La idea básica que subyace en la construcción jurisprudencial del accidente “in itinere” es que solo puede calificarse como tal aquél que se produce porque **el desplazamiento viene impuesto por la obligación de acudir al trabajo**. Tribunal Supremo Sentencia de 29-9-97.

La principal sentencia que expone estas circunstancias es la del Tribunal Supremo de 24 de Junio del 2010.

La jurisprudencia viene exigiendo, para que exista accidente in itinere, los siguientes requisitos:

- 1) **Factor topográfico**: que se produzca en el trayecto habitual y normal de recorrido desde el domicilio al lugar de trabajo o viceversa, con la finalidad principal y directa de acudir o volver del trabajo.

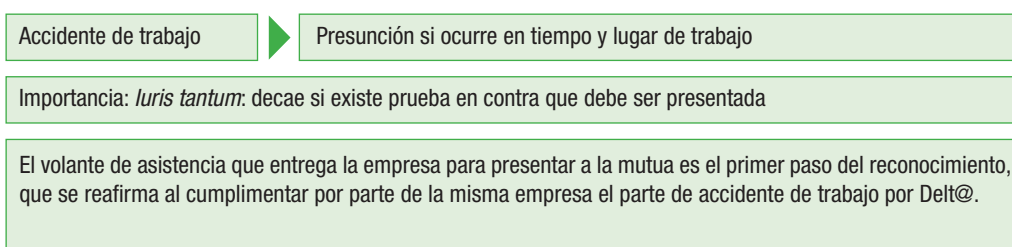
⁴ **MUTUA**: <<Mutua Colaboradora con la Seguridad Social>>. Artículo 68.1 Real Decreto Legislativo 1/1994, modificado por **Ley 35/2014**. Son Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social las asociaciones **privadas** de empresario constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la **dirección y tutela** del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados **responsabilidad mancomunada** en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley.

No se trata sólo de domicilio legal, sino del real e incluso el habitual y, en general, del punto normal de llegada y partida del trabajo pues el elemento determinante no es salir del domicilio o volver a él, lo esencial es ir al lugar de trabajo o volver de trabajar, pues el punto de salida o de llegada puede ser o no el domicilio del trabajador.

- 2) **Factor cronológico:** El accidente debe producirse dentro del tiempo que normalmente se invierte en el trayecto; esto es, que el recorrido no se altere por desviaciones o alteraciones temporales que no sean normales o que respondan a motivos de interés particular pues en estos casos se produce la ruptura del nexo causal que debe existir con la ida o la vuelta del trabajo. (Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de Diciembre del 2009.
- 3) **Factor de idoneidad del medio:** El trayecto o recorrido debe realizarse con un medio de transporte normal o habitual.

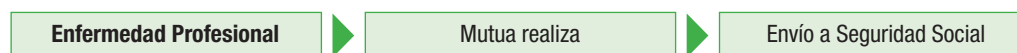
A modo de **conclusión** puede afirmarse que en el accidente **in itinere**:

- 1) La parte que alega su existencia debe acreditar la relación entre el trabajo y el accidente.
- 2) Debe existir conexión domicilio/trabajo.
- 3) Por domicilio debe entenderse lugar cerrado y privado.
- 4) El trayecto o recorrido debe ser el habitual o normal, sin interrupciones innecesarias o de carácter privado y debe realizarse sin imprudencia temeraria, no teniendo esta cualidad la simple infracción de normas de tráfico, es necesario que el trabajador sea consciente de que está infringiendo una norma y acepta cualquier peligro que sea consecuencia de dicha infracción.



Delt@

Tramitación



CEPROSS

Enfermedad profesional

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de apli-

cación y desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

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

Constituyen la asignatura pendiente del sistema preventivo y sobre el que conviene incidir con el máximo interés ya que las estimaciones de **CC.OO.** no nos dan una perspectiva nada halagüeña respecto al tratamiento y prevención de las **enfermedades profesionales**. A nuestro entender es un indicador claro de las ausencias que encontramos en la eficacia y eficiencia del sistema de identificación y registro que redundan, naturalmente, en la escasez de medidas preventivas para la evitación de las mismas. Las enfermedades laborales, profesionales o del trabajo se ocultan y no se reconocen.

En España el propio sistema de declaración de enfermedades profesionales propicia este **subregistro** ya que da la competencia para la declaración a quien tiene que asumir el pago de la reparación, luego es una invitación clara a que <<lo que no se conoce no se paga>>.

Para ello hay que tener en cuenta:

Hoy en día las Mutuas asumen la Incapacidad Temporal (IT) y la Incapacidad, Muerte y Supervivencia (IMS) por Enfermedad Profesional. Esta última desde el año **2006** tras la Orden TAS/4054/2005.

Qué pasaba antes:

- Las mutuas sólo respondían de la asistencia y prestación por IT, y la IMS era remitida para su atención, en cuanto a prestaciones, al INSS. Por tanto, a las mutuas les convenía la declaración de incapacidad permanente por enfermedad profesional en los casos que era probado, ya que se reducía el gasto de IT y se derivaba a la IP del INSS.
- En el año 2006 se aplicó para el sostenimiento de estos Servicios Comunes el coeficiente 20,6 % sobre las cuotas ingresadas por contingencias profesionales de cada Mutua. Pero, la Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre ofrece la posibilidad a las Mutuas de reducir esta aportación del **20,6 % al 14,9 %** (6 puntos porcentuales menos) a cambio de que las Mutuas hagan frente, capitalizando o con reaseguros, a las prestaciones derivadas de ENFERMEDADES PROFESIONALES, distintas a las correspondientes a la situación de incapacidad temporal, es decir, además de cubrir la temporal pasarían también a cubrir aquellos subsidios y pensiones periódicas hasta la jubilación (IP) ó las que recibirían los causahabientes (viudedad u orfandad) caso de fallecer el trabajador afectado.
- Las Mutuas o bien optaban por la COMPENSACIÓN (reducían porcentualmente la aportación al sostenimiento de la Seguridad Social) o optaban por el sistema de CAPITALIZACIÓN (crear un capital de garantía calculado con intereses, que después se detraía de los gastos anuales generados en la gestión).
- Si las mutuas optaban por compensarse, después no se podían reducir como gastos los capitales coste constituidos en caso de invalidez, muerte y supervivencia. **Caso que sí hacían si optaban por capitalizar o en los accidentes de trabajo que sólo cabía capitalizar.**
- Desde el uno de enero de 2006 que las mutuas se hacen cargo de la IMS mediante compensación de una mayor parte de cuota por la Tesorería General de la Seguridad Social y utilizando aún la lista de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978, se produce una reducción drástica de declaración de enfermedades profesionales, concretamente de **30.030** casos con baja en 2005 a **21.774** casos en 2006, es decir, una reducción en la declaración de aproximadamente un 28 % menos.

- Situación de disminución en el registro que se manifiesta con mayor reducción por la dificultad por la aplicación de la **lista** del Real Decreto 1299/2006, que entra en vigor el 1 de enero de 2007.
- Contiene un nuevo listado y se esperaba que éste fuese capaz de evidenciar la realidad de la enfermedad relacionada con el trabajo y la enfermedad profesional en España. Además, los nuevos criterios debían ser acordes a las nuevas formas de organización del trabajo.
- Otra virtud requerida era la “viveza”, por la importancia que tiene la evolución constante, como la sociedad misma. Por ello se propuso un **sistema de listas mixto**.
- Gran ilusión en la nueva regulación y **frustración** en la práctica y los resultados obtenidos, que antes hemos visto y comentado.

SISTEMA LISTA CERRADA	SISTEMA ABIERTO	SISTEMA MIXTO
<p>Presunción iuris et de iure. Modelo que simplifica los procesos y permite una detección y respuesta rápida. No obstante, se queda pronto obsoleta, ya que es difícil de actualizar. Ej. Polvo de sílice presente en la actividad de minería produce silicosis.</p>	<p>Determinación judicial, por presentación de la prueba de la relación causa y efecto de la enfermedad con el trabajo. Presunción iuris tantum. Costes judiciales y demostración de analogías. Lentitud.</p>	<p>Tiene las virtudes de los dos. Se actualiza por analogías. Tiene una parte cerrada y otra con visos de actualización. Las dos listas del RD 1299/2006.</p>

Ante el subregistro:

- La Resolución 27 mayo 2009 que desarrolla la Orden mencionada, establece las responsabilidades en el pago de las prestaciones. Asimilando la constitución de capitales para la garantía de prestaciones de los accidentes de trabajo con los de enfermedad profesional. **Con el fin de evitar que esta eventualidad fuese causa del subregistro de las enfermedades profesionales**. Equipara el tratamiento de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.
- Desde la entrada en vigor del RD 1299/2006 se reforma el sistema de declaración, calificación y notificación de la enfermedad profesional. El inicio de la declaración sale del ámbito de la empresa para atribuirse a la **mutua**. Será esta última la competente para **abrir el procedimiento**, con la colaboración necesaria y no imprescindible de la empresa. Procediéndose a la notificación como establece la Orden TAS/1/2007, sistema CEPROSS.
- Además de darle a la mutua la capacidad para el inicio de la declaración, se faculta a los profesionales de los servicios públicos de salud y a los de los servicios de prevención de riesgos laborales para realizar **diagnósticos de sospecha**, que se han de trasladar al INSS para que éste califique el origen laboral o común. Art. 5 RD 1299/2006.
- El INSS actúa para la determinación de la contingencia en caso de disconformidad del beneficiario si la mutua no inicia la declaración de la enfermedad profesional. Reconociendo el subregistro, la Administración promueve por medio de la **Resolución de 19 de septiembre de 2007**, la actuación de oficio de la mutua para que derive el caso al INSS cuando se produce un rechazo de la enfermedad profesional por la mutua aun existiendo indicios de su existencia.

Por tanto:

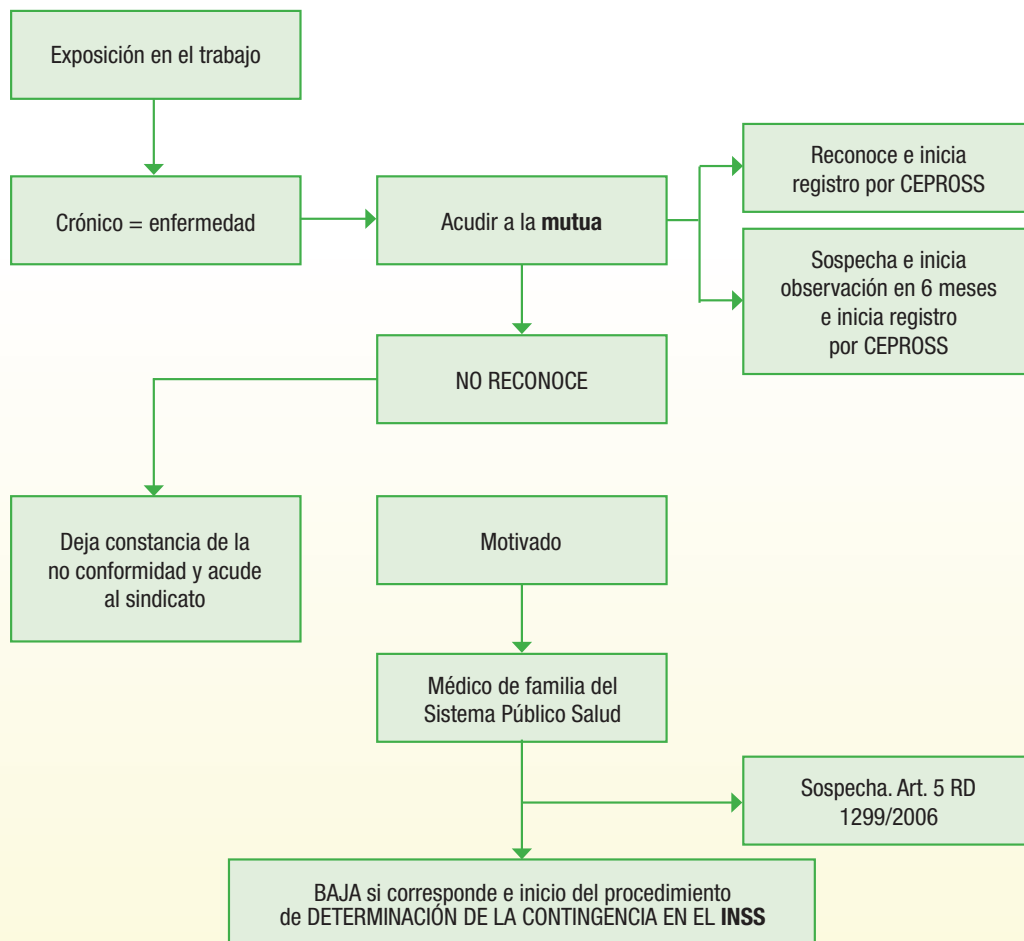
El **principal problema** se produce en aquellos casos en que se da una enfermedad originada por la actividad profesional y no se encuentra recogida expresamente en el listado de enfermedades profesionales.

Las Mutuas indudablemente remitirán al trabajador/a al sistema público de salud, es decir, al médico de familia o atención primaria para que sea en este sistema donde se atienda al trabajador o trabajadora.

Desde las empresas y hoy las mutuas, respecto a las enfermedades profesionales, ha existido una tradicional situación de infradeclaración y una tendencia clara a la derivación al sistema público de salud, dando como contingencias comunes aquello que era evidente contingencia profesional.

Existía y existe un miedo de la empresa a que la declaración de enfermedad profesional tenga el correlato de la visita de la inspección de trabajo. ¿Por qué tanto miedo si se cumplen con las medidas preventivas? La aparición de una enfermedad profesional es un síntoma o señal que la política preventiva manifiesta una laguna que conviene subsanar, no es una acusación explícita hacia el empresario, sino, el síntoma (como la fiebre) que manifiesta un daño (la infección). Sólo reconociendo que existe y que se quiere acabar con ello (los antibióticos) puede ser efectiva la **prevención**.

Por esta trayectoria del miedo se ha perdido a lo largo de los años la notificación de las enfermedades relacionadas con el trabajo y lo que es más la futura planificación de actividades preventivas con el objetivo de reducir las causas de la exposición de los trabajadores a las sustancias y elementos susceptibles de provocar una enfermedad profesional.



QUÉ HACER DESDE EL SINDICATO

Exigir el cumplimiento estricto de las obligaciones preventivas:

1. **Plan de prevención**, que recoja los protocolos para la gestión ordinaria de la prevención y la aplicación en situaciones extremas. Ley 31/1995, art. 16.
2. **Evaluación de riesgos** concreta del puesto de trabajo, que tiene que tener en cuenta (RD 39/1997, art. 3 y siguientes):
 - a. Las tareas.
 - b. El lugar donde se realizan o el medio donde se ejecutan.
 - c. Los elementos y sustancias que se manejan y a los que se está expuesto.
 - d. Las características de la persona que realiza la tarea por si existe una especial sensibilidad temporal o permanente. Debiendo en todo momento adaptar el trabajo a la persona que lo realiza.
3. **Planificación de la actividad preventiva**, que tendrá que incluir:
 - a. La participación de la representación legal. Ley 31/1995, art. 18.
 - b. La información. Ley 31/1995, art. 18.
 - c. La formación. Ley 31/1995, art. 19.
4. **Registro** de los daños e investigación de las causas. Ley 31/1995, art. 23.
5. Comprobación de las medidas adoptadas y su impacto en las personas a través de la **vigilancia de la salud** (Ley 31/1995, art. 22):
 - a. Colectiva.
 - b. Individual.
6. Protocolo ante situaciones de (Ley 31/1995, arts. 20 y 21):
 - a. Riesgo grave e inminente.
 - b. Primeros auxilios.
 - c. Evacuación.

USO DE HERRAMIENTAS y ESTRATEGIAS SINDICALES

En la empresa:

- Ejercer las competencias y usar las facultades de los delegados de prevención.
- Utilizar la capacidad de **propuesta**: para la sustitución de sustancias, preparados y mezclas; para la introducción de procedimientos que reduzcan la exposición y para tomar iniciativas que mejoren las condiciones de trabajo.
- Ejercer presión para recabar del empresario una actuación, sea eliminando riesgos, planificando medidas de protección o en el reconocimiento de daños.
- Solicitar datos desagregados de la vigilancia de la salud de los y las trabajadores.
- Pedir a las empresas datos epidemiológicos del seguimiento de la vigilancia de la salud.

Desde la organización sindical:

- Coordinar la actuación de la representación institucional en las comisiones de control y seguimiento con la organización del sindicato.
- Forzar que las mutuas tengan interlocutores con la representación de los trabajadores de los sindicatos con carácter de más representativos.
- Actuar ante la Autoridad Laboral y la Inspección de Trabajo y Seguridad Social con el fin de asegurar que el empresario cumple con su deber de garantía de la seguridad y salud. A la vez que instar para que se recauden las **sanciones** por infracciones en materia de seguridad y salud y se destine el montante a prevención de riesgos laborales.

- Proporcionar y defender propuestas sindicales que se integren en las estrategias de seguridad y salud en el trabajo.

Ley 35/2014 por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas.

Desde la Ley 27/2011 conocida como <<de pensiones>> se pretendía modernizar, hacer transparente, dar seguridad jurídica y precisar las labores de **gestión** de las mutuas en el ámbito de las prestaciones públicas del sistema de Seguridad Social.

La Ley 35/2014 modifica la Subsección 2ª de la Sección Cuarta del Capítulo VII del Título I de la Ley General de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 1/1994. A partir del 2 de enero de 2016 entra en vigor el Real Decreto Legislativo 8/2015 como texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Por tanto, el Apartado Uno del artículo Único de la Ley 35/2014 da nueva redacción a 11 artículos de la Ley General de la Seguridad Social (arts. 68 a 76). **A partir del 2 de enero de 2016 entra en vigor el Real Decreto Legislativo 8/2015 y los artículos son del 79 al 101.**

La esperada Ley de Mutuas pretendía regular en su integridad el régimen jurídico de las entidades colaboradoras con la Seguridad Social. Lejos de lograrse el objetivo, se han diferido 23 aspectos a futuros desarrollos reglamentarios, no se ha dotado de seguridad jurídica y sigue la incertidumbre de unas entidades híbridas que son <<asociaciones **privadas** de empresarios>> gestionando recursos públicos de cuotas de Seguridad Social.

El artículo 68 de la Ley 35/2014 (tras el 2 de enero de 2016 es el artículo 80) ha elevado al rango de la Ley General de la Seguridad Social, las actividades que realizaban las mutuas, aunque recogidas en textos dispersos.

Las funciones que realizan las mutuas se materializan tras la opción del empleador por adherirse a que la mutua realice estas gestiones. Por lo tanto existe un **documento de adhesión**, de renovación **anual**, tácita o si existe denuncia del empresario se produce el cambio solicitado siempre que medie mínimo un mes entre la solicitud de ese cambio y la fecha anual de vencimiento.

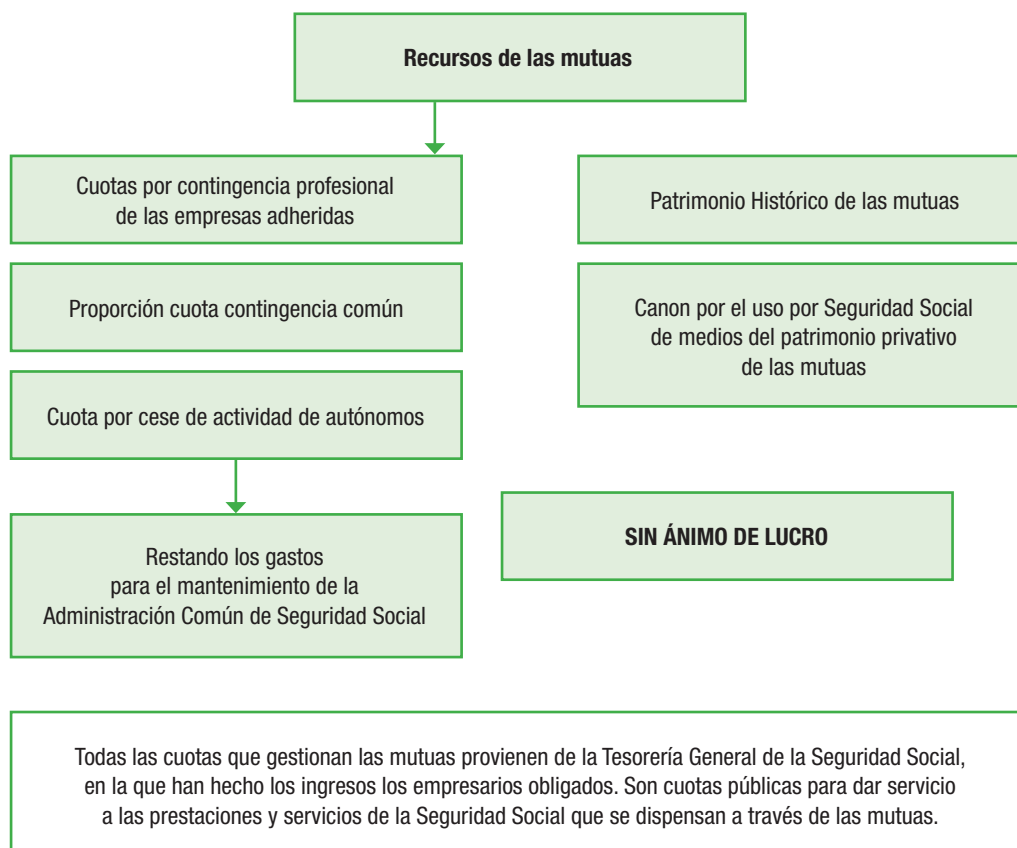
Qué hacen hoy las mutuas:

Contingencias profesionales	Gestión de prestaciones	Prevención de riesgos laborales
<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia sanitaria. - Rehabilitación. - Pago de prótesis y farmacia. - Pago de prestaciones por IT e IMS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento del derecho al acceso a las prestaciones: prestación contingencia común, desempleo autónomos, riesgo embarazo y lactancia, reducción jornada cuidado hijo enfermo cáncer. - Pago de la prestación económica a quien tenga los requisitos y control además de las condiciones para el acceso y el mantenimiento de la prestación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Residualmente actividades cargo al 0.7 % cuota contingencia profesional. Sin derechos subjetivos para empleadores. - Abandona la participación en Sociedades de Prevención. Ley 35/2014. - Asesoramiento y apoyo a empresas.

Son asociaciones privadas de empresarios que gestionan recursos públicos y promueven, conceden y fiscalizan el acceso a las prestaciones públicas del sistema de la Seguridad Social para los trabajadores y trabajadoras en activo y cotizando.

Los **recursos** de las Mutuas provienen de:

- Las **cuotas** de Seguridad Social que aunque ingrese el empresario en Tesorería General de la Seguridad Social, son recursos provenientes de la masa salarial generada por el trabajo.
- Del **Patrimonio Histórico** adscrito a cada mutua.



Concepto y funciones de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social

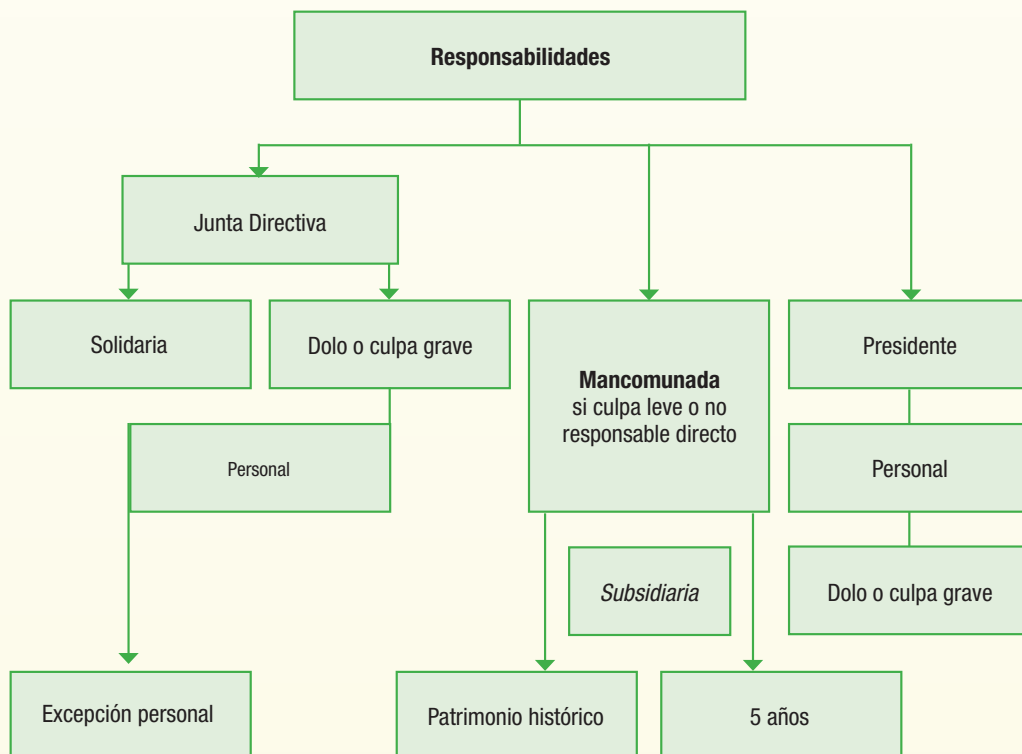
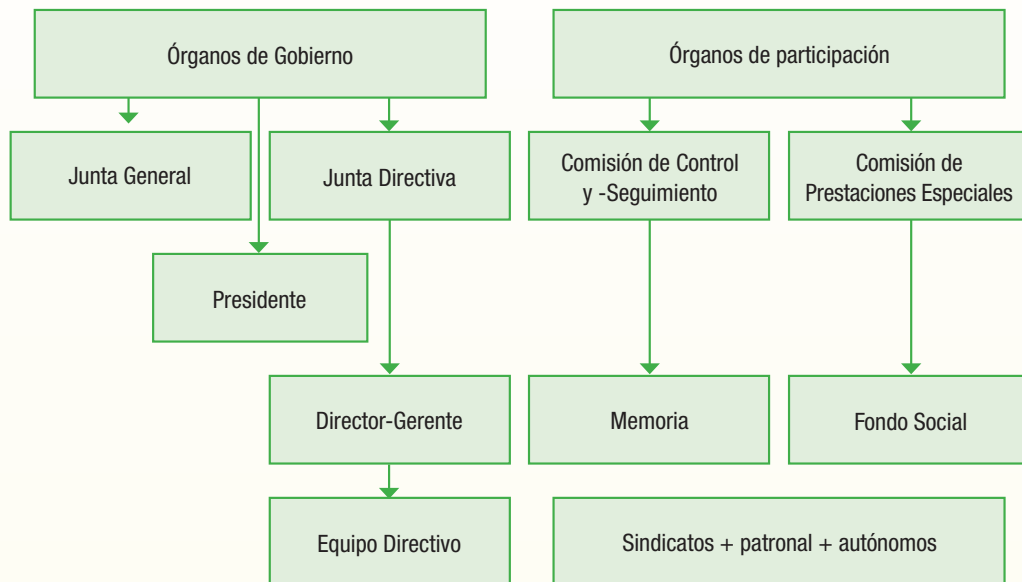
Las **Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social** se definen como asociaciones de **empresarios**, de **naturaleza privada**, sin ánimo de lucro, cuyo objeto exclusivo es la **colaboración en la gestión** de la Seguridad Social y cuyo ámbito de actuación se extiende a todo el territorio nacional.

Para el desarrollo de la referida colaboración gestionan cuotas del sistema que periódicamente les son transferidas por la Tesorería General de la Seguridad Social. Para el mismo objeto tienen adscritos bienes inmuebles de la Seguridad Social, que están inscritos a nombre de dicho Servicio Común de la Administración de la Seguridad Social, como titular del patrimonio único de la misma.

Igualmente, cuentan con un **patrimonio histórico**, afecto a dicho objeto, en el que se integran los recursos y bienes obtenidos en su anterior naturaleza de entidad aseguradora, y que tradicionalmente se ha venido utilizando para afrontar los supuestos de responsabilidad mancomunada de los empresarios asociados.

La Ley 35/2014 **atribuye a la jurisdicción del orden social el conocimiento de las reclamaciones** que tengan por objeto prestaciones de la Seguridad Social, incluidas las asistenciales, así mismo las reclamaciones sobre gestión de las prestaciones.

Órganos de Gobierno y participación en las mutuas:



El resultado económico a fin de año se produce de la diferencia entre INGRESOS menos GASTOS IMPUTABLES, diferenciando:

a) Contingencias profesionales:

- a. donde existirá una provisión para contingencias (por incapacidad permanente, muerte y supervivencia) en tramitación no reaseguradas.
- b. Reserva Estabilización (dotada con el resultado económico positivo) = mínimo 30 % de la media de las cuotas por contingencia profesional del trienio hasta el 45 % máximo.

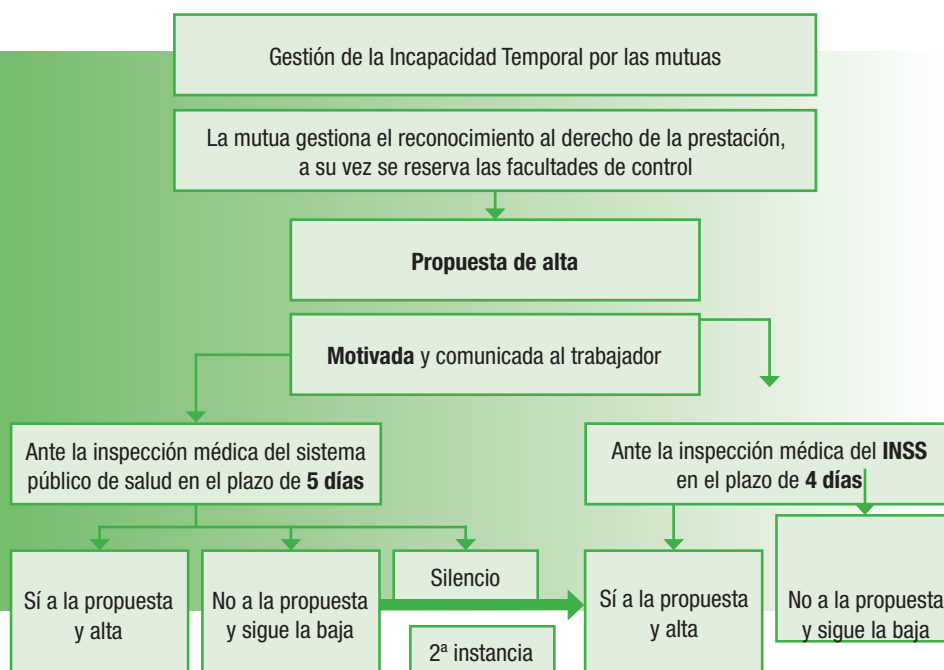
- El 80 % del resultado económico positivo (ingresos menos gastos) tras la dotación de la reserva de estabilización irá al fondo de CONTINGENCIAS PROFESIONALES a la cuenta de la Seguridad Social del Banco de España a nombre de la Tesorería General de la Seguridad Social.
- El 10 % a la Reserva Complementaria de las Mutuas que puede destinarse al pago de exceso de gastos de administración.
- El 10 % para la Reserva de Asistencia Social para el pago de prestaciones de asistencia social autorizadas en acciones de rehabilitación y de recuperación y reorientación profesional.

a) Contingencia común: reserva de estabilización mínimo del 5 % de las cuotas por contingencia común del ejercicio hasta el 25 %.

b) Cese de actividad trabajadores autónomos:

- a. Reserva de Estabilización del 5 % cuotas del ejercicio hasta el 25 %.
- b. Reserva Complementaria de Estabilización = totalidad del resultado neto positivo menos la reserva de estabilización.

Gestión por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.



Modificaciones de la Ley de Prevención de riesgos laborales

La Ley 35/2014 por medio de la disposición final primera modifica el artículo 32 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Por esta modificación se impide que las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social puedan desarrollar funciones de los Servicios de Prevención, directamente ya estaba segregada la actividad de prevención de la de Mutua por el RD 688/2005 y ahora se va a que las Mutuas no puedan participar ni con su Patrimonio Histórico en servicios de prevención ajenos/sociedades de prevención.

Así se establece que las mutuas desinviertan en las sociedades de prevención hasta el 31 de marzo de 2015 y si no lo hacen tendrán que liquidar la sociedad de prevención en junio.

Real Decreto 625/2014

El lunes 21 de julio de 2014 se publicó en el Boletín Oficial del Estado nº 176 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. Posteriormente será el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) / Instituto Social de la Marina (ISM) los únicos responsables de estos procesos de incapacidad, que podrán prorrogarse, dar lugar a una incapacidad permanente o al alta e incorporación del trabajador/a a sus funciones laborales habituales.

Este Real Decreto era un documento esperado por **Comisiones Obreras**, ya que regula aspectos que anteriormente estaban dispersos en diversas normas de distinto rango y creaba confusión e inseguridad a la hora de su aplicación, lo que podía provocar conflictos con las entidades colaboradoras, gestoras o los sistemas públicos de salud. Además de desprotección y falta de garantías en las actuaciones con las mutuas.

El redactado final es fruto de casi dos años de intentos de contactos entre los agentes sociales y la Administración, desde que aparecieron los primeros borradores. La acción sindical ha sido intensa y ha evitado algunas intenciones, que veremos más adelante, que hubieran tenido importantes repercusiones en los derechos de los trabajadores. Nos estamos refiriendo al alta "**presunta**" por silencio de la administración ante la propuesta de alta de la mutua, lo que vulneraba tanto las competencias de la administración sanitaria como los derechos a la salud del trabajador/a afectados. Ya que esta formulación de propuesta estaba dando a las mutuas, asociaciones de empresarios y por tanto con intereses de parte, un subterfugio para la competencia en altas por contingencia común. Finalmente se ha conseguido eliminar del texto presente, RD 625/2014 y de la Ley 35/2014.

Este Real Decreto 625/2014 aporta una serie de mejoras respecto al derogado RD 575/1997, como:

- **La obligación por las mutuas de "motivar el rechazo" de los casos que atienden susceptibles de origen profesional y que derivan al sistema público para que sean tratados como contingencia común.**
- **La mejora de criterios para la presentación de partes de confirmación de baja, ya que desaparecen la necesidad de acudir semanalmente al médico de familia para que confirme la baja y enviar esta confirmación a la empresa. Se establecen cuatro tramos según la previsión de la duración de la baja y conforme a esos tramos se establecen las obligaciones para los partes de confirmación.**
- **El establecimiento de tablas de referencia de duración estándar para las patologías que tengan en cuenta la ocupación y edad del trabajador/a.**
- **La introducción del tratamiento informatizado de las comunicaciones.**

- **La ampliación en los plazos para solicitar la revisión de las altas que extienden las mutuas. Se pasa del actual criterio de 4 días naturales a 10 días hábiles, para que el trabajador prepare la documentación en la que fundamenta la solicitud de revisión del alta.**
- **El establecimiento del criterio que la notificación de la cita a los trabajadores para reconocimiento médico se tiene que hacer con un plazo mínimo de 4 días hábiles.**

No obstante, han quedado aspectos en el tintero, como:

- **El no haber aprovechado la oportunidad para regular el pago de los desplazamientos cuando los trabajadores/as se ven obligados a viajes costosos en recursos y tiempo para someterse a las revisiones de la IT por parte de mutuas, que carecen de medios en el ámbito geográfico próximo al trabajador.**
- **La elaboración de propuestas que permitan evitar el subregistro de las enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo.**
- **El haber limitado que sólo se citara a reconocimientos médicos de control o seguimiento en los casos en que se superen los criterios establecidos como estándares en las tablas de duración de los procesos.**

El RD 625/2014 entró en vigor el 1 de septiembre de 2014, a excepción de algún plazo que lo hará en febrero de 2015 (como se expone más adelante).

Ámbito de aplicación. Art. 1.

Régimen general y autónomo. Primeros 365 días tras la baja. Pasado este tiempo es el INSS quien decide una de las tres opciones siguientes: extender el **ALTA**, la **prórroga** de la baja por otros 180 días y máximo otros 180 días más, o paso por el tribunal para análisis de una **incapacidad permanente**.

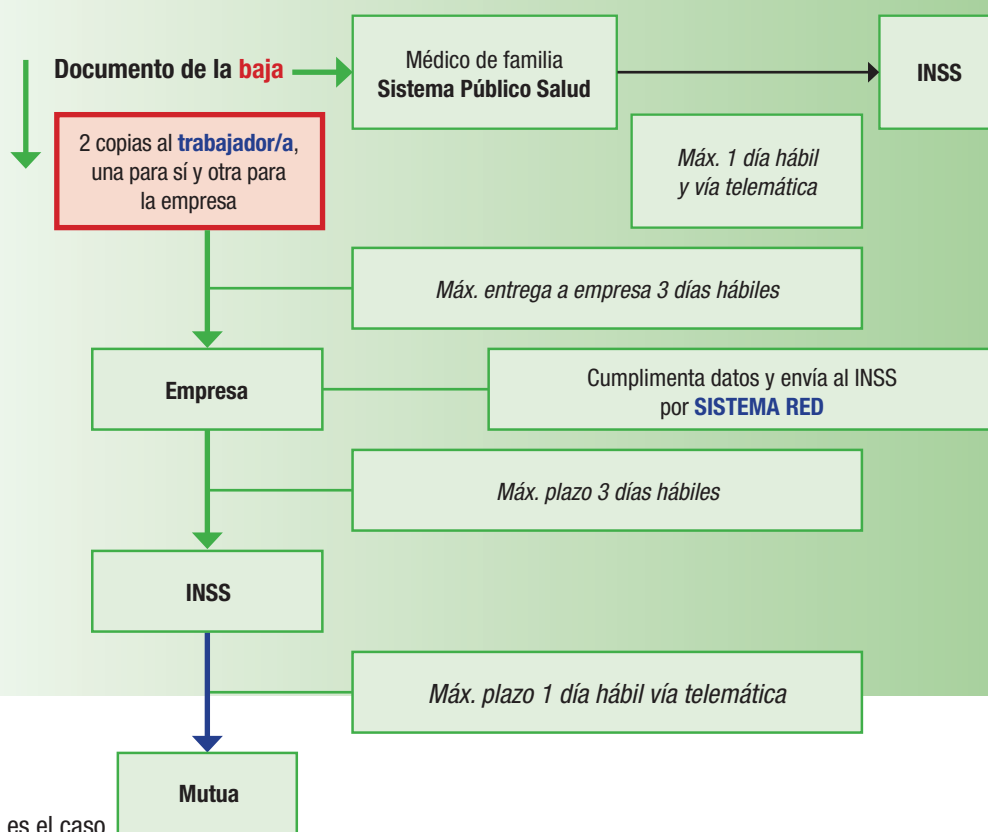
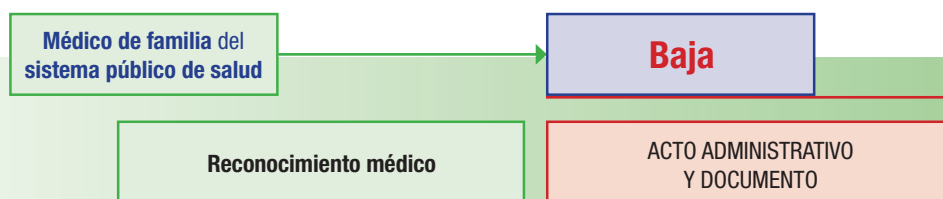
No se aplica para MUFACE, ISFAS ni MUGEJU.

Declaración médica de la baja. Art. 2 en concordancia con art. 7.1.

- Para IT contingencia común:

El profesional “médico de familia” es el empleado público que inicia el acto administrativo de la baja médica para reconocimiento de derechos, al considerar que el estado de salud temporal es incompatible con la profesión habitual de la persona.

Para ese acto se procede en el parte médico que expide el profesional de medicina de familia.



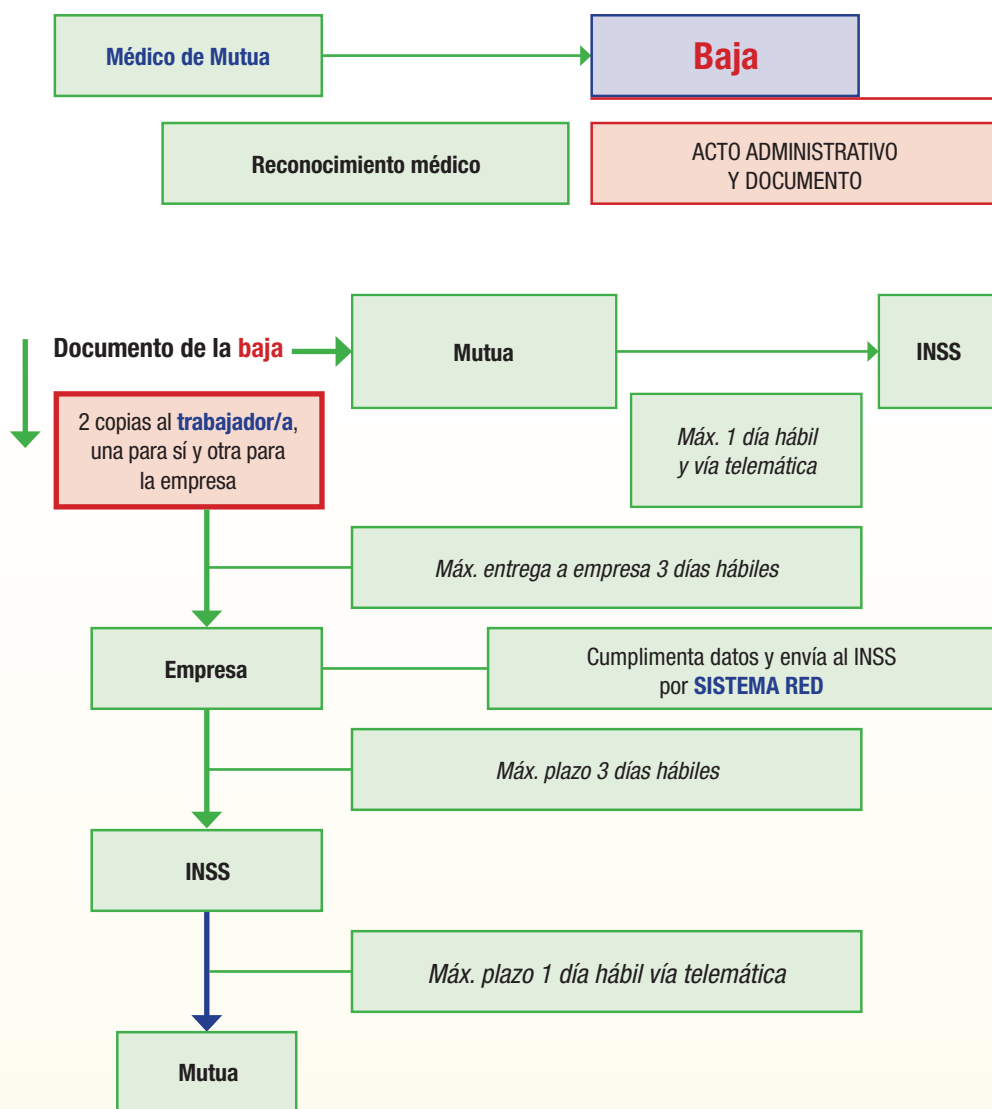
Si es el caso

El mismo procedimiento y plazos se aplica para los partes de confirmación de la baja.

■ Para IT contingencia profesional:

El profesional médico de la entidad colaboradora o mutua es el que inicia el acto administrativo para reconocimiento de derechos de la baja médica, al considerar que el estado de salud temporal es incompatible con la profesión habitual de la persona y tal daño proviene de una exposición en el trabajo: accidente o enfermedad.

Para ese acto se procede en el parte médico de baja que expide el profesional de la mutua. Dichos profesionales NO SON EMPLEADOS públicos, aunque ejercen sus funciones en colaboración con la Seguridad Social.



En todo caso el parte médico de *alta* con destino a la empresa será entregado por el trabajador/a a la misma en las 24 horas siguientes a su expedición.

El sistema público de salud o la mutua remitirán los partes médicos de *alta* al INSS por vía telemática en el plazo máximo de 1 día hábil siguiente a su expedición.

Para contingencia común, si por cualquier circunstancia en el periodo de la baja la persona pierde su empleo, el trabajador o trabajadora deberá presentar ante el INSS o la mutua (caso de gestionar la contingencia común) los partes correspondientes de baja y confirmación de la misma en el plazo máximo de **3 días hábiles** siguientes a la extensión de los mismos. Procediendo el INSS o la mutua a la gestión de la documentación para el **pago directo** de la prestación o subsidio.

Si el trabajador / a en baja conserva su vínculo laboral contractual, la empresa facilita a la persona el **pago delegado** de la prestación, descontándose o compensándose la empresa de su deuda mensual con Seguridad Social los correspondientes pagos efectuados a los trabajadores en baja. Colaboración de las empresas que se aplica si se cumple con todas las obligaciones de información con el INSS.

Partes de confirmación. Art. 2.3.

Se avanza al liberar a los trabajadores y trabajadoras de la obligación de acudir al médico de familia semanalmente para cumplir con el trámite de los partes de confirmación. Situación que dadas algunas situaciones particulares (ausencia de familia o allegados próxima) dificultaba al trabajador/a su periodo de descanso para la recuperación plena de la salud. Nuevas situaciones:

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

Para el establecimiento de las estimaciones la Administración se compromete a elaborar unas tablas de referencia de “duraciones óptimas” (Artículos 8.2 y 2.3) que tendrán en cuenta el diagnóstico o patología, la edad y la ocupación de la persona. No se ha adoptado la **variable de género** para evitar que exista un criterio discriminatorio según los resultados de días promedio de las bajas.

Competencias en el seguimiento de los procesos:

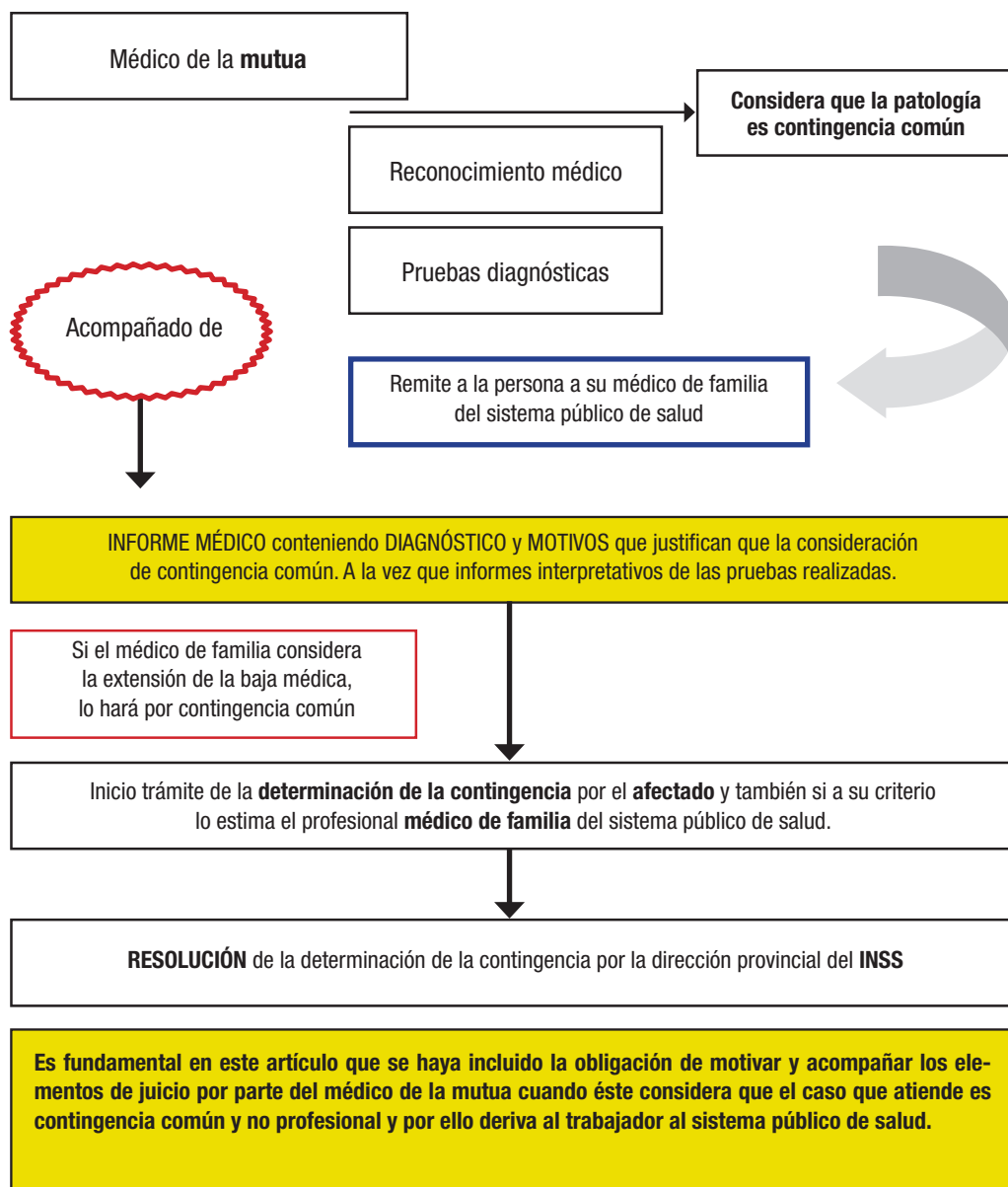
	Baja	Parte confirmación	Cita a reconocimiento médico	Alta
Médico de familia (MAP) sist. Público salud	Extiende la baja en contingencia común	Confirma baja según duración procesos hasta los 365 días (luego es caso del INSS/ISM)	Para extender la baja y al realizar informes complementarios	Extiende el alta en contingencia común
Inspección médica sistema público salud	En recaídas y los 6 meses siguientes de un proceso/patología en la que dio alta		Siempre que lo considere antes de los 365 días de la baja	Extiende altas al igual que el MAP y puede hacerlo tras propuesta de la Mutua
Inspección Médica del INSS / ISM	En recaídas y los 6 meses siguientes de un proceso/patología en la que dio alta	Tras los 365 días de baja por IT, el INSS/ISM toma plenas competencias en todos los procesos	Siempre que lo considere, antes y después de los 365 días de baja	Extiende altas al igual que la inspección médica SPS. También tras propuesta de Mutua
Médico de la Mutua	Extiende la baja en contingencia profesional	Confirma baja según duración procesos hasta los 365 días (luego es caso del INSS/ISM)	Si la empresa gestiona la contingencia común con la mutua puede citar desde el día siguiente a la baja	Sólo en contingencia profesional. En común sólo puede hacer propuestas de alta a la inspección médica (SPS – INSS/ISM)
Médicos de empresa / médico “policía”	No puede	No hace	Sí, está habilitado por artículo 20.4 Estatuto Trabajadores	No. Sólo puede hacer propuestas de alta a la inspección médica (SPS – INSS/ISM)

DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA

Este es un tema fundamental, ya que se deriva la principal herramienta por la que el trabajador/a, antes de acudir a la vía judicial, articula los procedimientos con la Administración para demostrar que el daño que padece es de origen profesional y no común. Propiciando una declaración de contingencia del INSS.

Determinación de la contingencia causante. Art. 3. RD 625/2014

IMPORTANTE: aunque se habilita para que quien haya emitido la baja pueda instar motivadamente ante el INSS la revisión de la consideración de la contingencia, normalmente la iniciativa en estos procesos es del **sistema público de salud** y del **trabajador o trabajadora** afectados.



La determinación de la contingencia debe conseguir inclinar la decisión del INSS para que su postura sea favorable a la consideración del origen de la patología como profesional.

Quien recibe el informe y realiza la propuesta para la Resolución del INSS es el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

La normativa de referencia es el **Real Decreto 1300/1995**, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

Componen el **EVI**:

- Un médico inspector del sistema público de salud.
- Un facultativo médico del INSS.
- Un inspector de trabajo y Seguridad Social.
- Un funcionario que tramite la incapacidad permanente.
- El director provincial del INSS.
- Posible la presencia de un experto en rehabilitación y un experto en seguridad e higiene.

Para inclinar la decisión técnica es necesario que a la determinación se aporte documentación tal como:

- La descripción de puestos y tareas, minuciosa y evidenciando si existen movimientos repetitivos, de esfuerzo, sobrecargas, exceso de atención requerida.
- La evaluación de riesgos, completa y minuciosa.
- La planificación de la actividad preventiva con el uso de equipos de protección requeridos.
- Los documentos de vigilancia de la salud.

Todo aquello que pueda facilitar la consideración como contingencia profesional (accidente de trabajo o enfermedad del trabajo).

Novedad: se añade el art. 6 al RD 1430/2009, que regula procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de IT.

Procedimiento de la Determinación de la contingencia

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

- **INSS DE OFICIO** a iniciativa o solicitud motivada de la Insp. de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) y/o el sistema público de salud (SPS).
- **Afectado/a.**
- **Mutua / empresa colaboradora** autoaseguradora, si es el caso.

Trabajador /a: acompañar toda la documentación que apoye la consideración como profesional: identificación de riesgos, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, información/formación preventiva recibida...
Además de los informes y pruebas médicas realizados.

¿Ante quién se presenta? **A la dirección provincial del INSS**

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

Plazo máx. **4 días hábiles**

Puede **CITAR**

Si **NO FUE** el trabajador quien inició el procedimiento se le comunica por el INSS para que en **máx. 10 días hábiles** aporte documentación y alegue

Aporte de antecedentes del caso e informes.

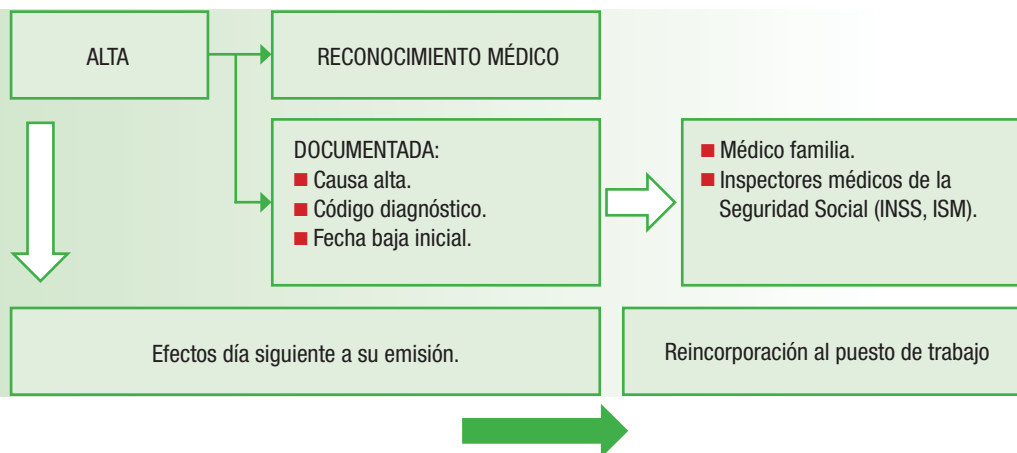
15 días

Informe propuesta del EVI (equipo de valoración de incapacidades)

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

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

Declaraciones médicas de alta en los procesos de IT. Art. 5.



Es importante que antes de agotar el plazo de los 365 días, tanto los profesionales del sistema público como de las mutuas avisarán de tal al trabajador/a afectados para que conste que a partir de ese momento toma competencias exclusivas el INSS ó el ISM.

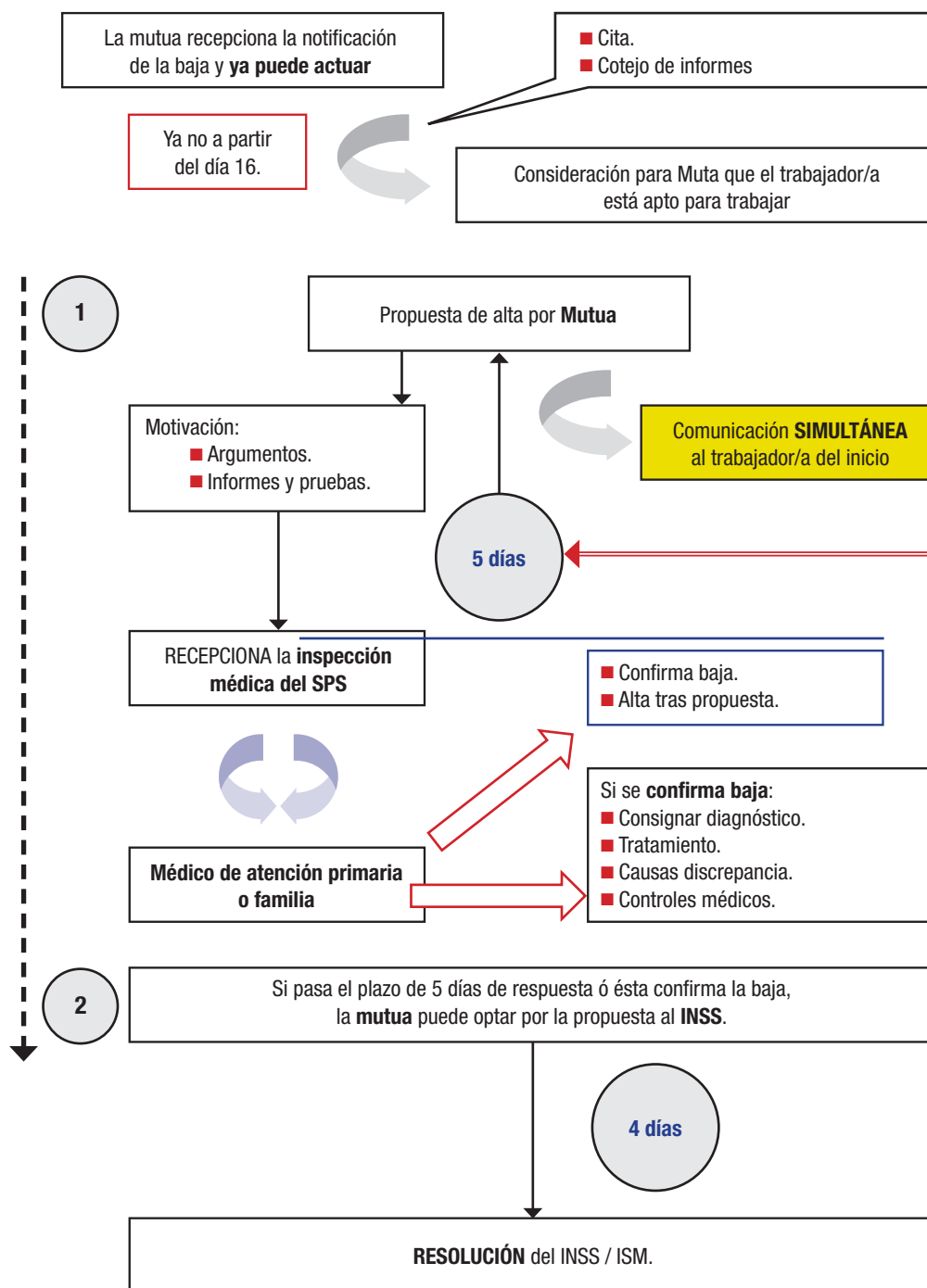
PROPUESTA DE ALTA MÉDICA FORMULADAS POR LAS MUTUAS EN IT. Art. 6.

Las entidades colaboradoras o mutuas pueden hacer un seguimiento de las bajas por contingencia común, siempre que el empresario haya optado por adherirse a este servicio con la mutua que le presta servicios en contingencia profesional. Requiriéndose el informe preceptivo pero no vinculante de la representación legal de los trabajadores.

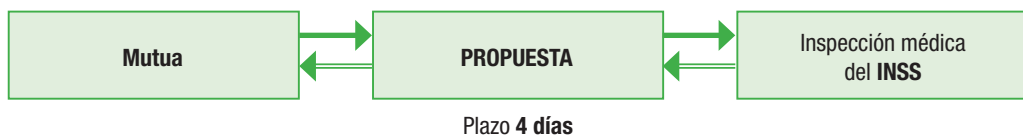
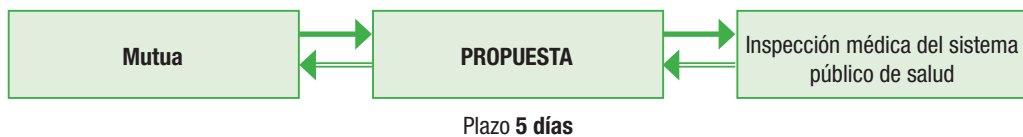
La mutua, una vez que tiene esta adhesión de la empresa, puede **citar** a los trabajadores en baja por contingencia común, que hay que reiterar que este acto administrativo de la baja es potestad únicamente del médico de atención primaria o familia que en el sistema público de salud atiende al trabajador/a.

Si en la cita, la mutua considera que el trabajador puede no estar imposibilitado para las funciones habituales de su puesto de trabajo, puede iniciar el trámite de propuesta de alta ante la inspección médica del sistema público de salud; si ésta declina extender el alta o no contesta, la mutua puede acudir en segunda instancia al INSS.

Siempre que la mutua inicie el trámite de propuesta de alta médica de un trabajador/a TIENE QUE comunicar a éste que ha iniciado esta propuesta.



En los primeros SEIS MESES de vigencia del RD 625/2014, es decir desde el 1 de septiembre de 2014 hasta el 28 de febrero de 2015:



La **RESOLUCIÓN** del INSS se notifica al afectado. Luego, el parte médico de alta emitido por el INSS se traslada a efectos de su conocimiento, en el plazo máximo de 1 día hábil, a:

- Sistema público de salud.
- Mutua.

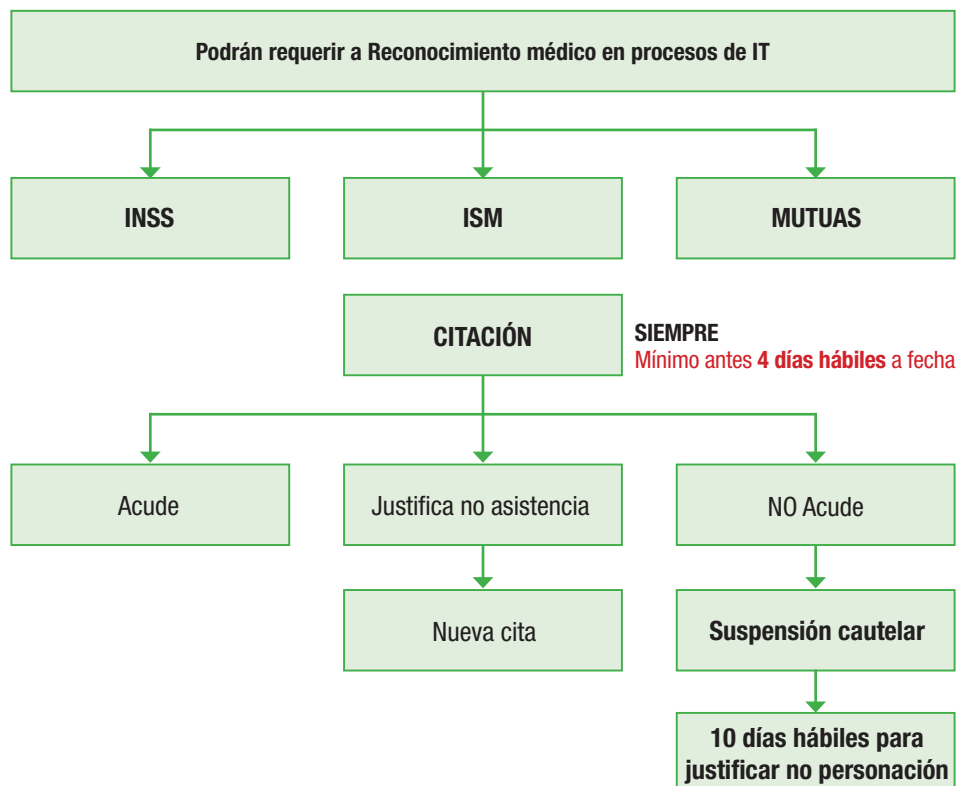


La Mutua extingue la prestación económica por efecto del alta y comunica a la empresa este acuerdo.

En este apartado es importante destacar que ha desaparecido, por la presión de los trabajadores y trabajadoras por medio de sus representantes, referencia alguna que, durante borradores previos, estuvo incluida y se hacía mención como <<ALTA PRESUNTA>>, es decir, al alta por silencio administrativo que se producía cuando ni el servicio público de salud ni el INSS respondían en plazo a la propuesta de alta de la mutua.

Hay que destacar también la **OBLIGACIÓN**, que antes no existía, de comunicar por parte de la MUTUA al trabajador/a interesado que se inicia una PROPUESTA DE ALTA en su proceso de IT.

REQUERIMIENTOS A TRABAJADORES/AS PARA RECONOCIMIENTO MÉDICO. ART. 9



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

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

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

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

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

Tanto para las mutuas como para las empresas que hayan contratado el servicio de una empresa de **seguimiento médico** con el fin de llevar un control de las bajas por enfermedad común, adicional al que realiza la mutua y además, ofrecer **complementos diagnósticos**.

El proceso tiene que contar con la **consulta e información** a la **representación de los trabajadores**, por lo que se facilitan unas estrategias para actuar sin omitir la colaboración debida a la empresa, pero garantizando nuestros legítimos derechos como trabajadores y trabajadoras:

- La empresa está legitimada al seguimiento de los procesos de baja por contingencia común acorde a lo dispuesto en el Art. 20.4 del Estatuto de los Trabajadores. No obstante, el derecho de la empresa, **no es absoluto** y se debe atener a las limitaciones que señalan el ordenamiento jurídico, como el derecho a la confidencialidad, a la intimidad y a la protección de datos de carácter personal. Por ello, la empresa no puede obligar a trabajador/a a hacerse un reconocimiento médico al margen de cualquier consideración previa que le limita su capacidad de intervención.
- Sólo los médicos de familia del sistema público de salud y las inspecciones médicas de este sistema y del INSS/ISM están facultados para el acto administrativo de la extensión de la baja y el alta en enfermedad común y accidente no laboral. La mutua o la empresa por sus medios sólo puede formular **propuestas motivadas de alta** ante estos organismos públicos, pero nunca extender un alta médica. Además, si la mutua inicia una propuesta ha de **comunicarlo** al trabajador afectado.
- El trabajador/a no está obligado de forma taxativa a someterse al reconocimiento médico propuesto por la empresa. Sólo se someterá a aquellas pruebas que, respetando la confidencialidad y con el mínimo menoscabo, pretendan ahondar en el conocimiento del estado de salud respecto al diagnóstico del caso concreto que origina la incapacidad temporal. El **historial clínico completo está protegido** y sólo es accesible para el médico de atención primaria en la relación médico de familia-paciente y las inspecciones médicas del sistema público de salud y el INSS/ISM. Salvo que el trabajador preste su consentimiento informado por escrito nadie más puede tener acceso a esta información sensible. Por ello, antes de firmar cualquier papel para a la empresa hay que cerciorarse que no se está dando un CONSENTIMIENTO.
- El trabajador/a está **obligado a asistir a las citas formales** a reconocimiento médico. **Salvo justificación documentada** de que el desplazamiento supone un perjuicio para el tratamiento recuperador o pone en peligro la salud del trabajador/a para sí o para terceros.
- En caso de negarse sin justificación existen unas consecuencias negativas, como la **pérdida de las mejoras que por convenio colectivo** paga la empresa en situación de incapacidad temporal: 100 % los tres primeros días de baja, 40 % de mejora respecto al 60 % que paga Seguridad Social del día 4º al 20 de la baja, mejora del 25 % que paga la empresa añadido al 75 % que abona Seguridad Social desde el día 21 en adelante. La inasistencia a estos requerimientos a control médico **no son causa para un despido disciplinario procedente**.
- Las llamadas por teléfono del personal de empresas médicas ajenas al sistema público sólo serán atendidas y en ellas se aportará información sólo si el trabajador/a opta por ello. La información sanitaria es considerada especialmente sensible y es preferible una cita formal a reconocimiento que dar información por teléfono.
- En la llamada de teléfono, el trabajador/a debe preguntar a la empresa de control médico cómo ha obtenido su número de teléfono, ya que es un dato que el trabajador/a deja en la empresa **no precisamente para que ésta lo ceda** sin consentimiento a terceros ni para un uso distinto a la requerida en la relación laboral empresa-trabajador/a.
- Si el personal de empresa médica de seguimiento de absentismo o IT insiste en la obtención de datos de salud e informes se le puede remitir a la inspección médica del sistema público de salud que atiende al trabajador/a. Ésta evaluará la conveniencia o no de aportar dichos datos

- El trabajador/a debe dar su consentimiento informado para el reconocimiento médico al que se le someta, constatando que las pruebas se adscribirán al caso concreto que justifica la incapacidad temporal, sin invadir otras parcelas de confidencialidad de la relación médico de familia-paciente.
- Toda prueba diagnóstica anticipada o alternativa y tratamiento que ofrezca la MUTUA o la empresa médica tiene que cumplir las tres variables:
 - Lista de espera en el sistema público de salud.
 - Seguimiento del proceso por el médico de familia.
 - Voluntad del trabajador/a.
- El reconocimiento médico debe ser pertinente y proporcional, en un centro con las garantías clínicas que exija la autoridad sanitaria territorial competente. Respetando en todo momento el derecho a la intimidad y sin propiciar ni pruebas invasivas ni dolorosas. Es aplicable en toda su amplitud la Ley Básica del paciente, Ley 41/2002 y sus adaptaciones en cada Comunidad Autónoma.
- Si el trabajador ha de realizar desplazamientos más allá de su área de salud, la empresa ha de proveer el transporte al efecto o correr con los gastos que se generen si anticipa el trabajador/a ese desplazamiento.
- El control médico sólo puede ser realizado por personal médico, ya que su cualificación profesional le obligan al secreto en sus relaciones con el paciente. El incumplimiento de este deber de sigilo puede vulnerar derechos fundamentales, especialmente protegidos por la jurisdicción civil e incluso penal.
- El trabajador/a tiene derecho a conocer qué médico le atiende, su número de colegiación y especialidad clínica. Además de recibir informe de las pruebas que se le realicen. Como así regula la Ley Básica del paciente y su adaptación en las distintas Comunidades Autónomas.
- El médico de empresa de control, ajena a mutua o servicio público, no puede dar a conocer a la empresa ni el diagnóstico ni el tratamiento al que está sujeto el trabajador/a. Su información sólo se limitará al pronunciamiento si, según su criterio, **la baja está justificada o no**. Hay que estar atento a cualquier posible filtración de datos de salud que puedan afectar a la intimidad del trabajador/a frente a la empresa. Ya que de ser así, hay que ponerlo en conocimiento de la Agencia Española de Protección de Datos.
- **El domicilio del trabajador/a es inviolable**, salvo orden judicial motivada.
- Como sindicato es importante recopilar las quejas y reclamaciones que sobre los profesionales de TEBEX formulen los trabajadores/as. Tanto por el trato profesional como por la atención personal. Ya que un trabajador/a en baja merece todo el respeto. Al encontrarse en un estado de necesidad por pérdida de salud, reconocido por la cobertura que proporciona la baja que extiende el médico de atención primaria y protegido por el sistema al efecto de la Seguridad Social.
- **El trabajador/a tiene derecho a asistir** acompañado a los reconocimientos médico a que le cite la empresa. Siempre que el acompañante adopte una postura de respeto al trabajo profesional del sanitario. Hay que evitar que el trabajador sufra situaciones de acoso y no haya testigos que avalen esta actitud.
- La Reforma Laboral permite el **despido objetivo** por ausencias reiteradas al puesto de trabajo aún justificadas médicamente. Por lo que una decisión **precipitada o inducida para solicitar un ALTA**, que luego conlleve diversas recaídas, puede propiciar ese porcentaje de ausencia reiteradas justificadas en un corto espacio de tiempo que facilite al empresario el despido. Por tanto, atención al consejo de solicitar el alta voluntaria que pueda proponer el médico al servicio de la empresa. El mejor criterio respecto al tiempo del proceso de baja es el del médico de familia que sigue el caso. Una baja de más de **20 días** consecutivos **no es considerada** para el despido objetivo.

- Todo centro médico asistencial tiene **obligación** de tener **hojas de reclamación** a disposición de los usuarios. Si se niegan a facilitar la misma hay que contactar con la policía municipal y que sea ésta la que se encargue de que esté disponible el documento de reclamación pertinente. Siempre que como trabajador/a formules una reclamación, tienes derecho a llevarte una copia. O en Comunidades Autónomas es el reclamante quien gestiona que la hoja llegue a la Administración Pública competente de atender la reclamación.

RECLAMACIONES ANTE LAS MUTUAS

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

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

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

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

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



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

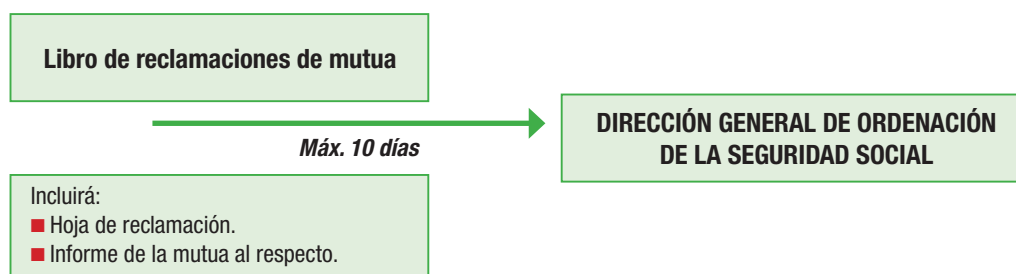
Es recomendable realizar exposiciones breves, claras y concisas y terminar con una pregunta concreta para evitar respuestas evasivas.

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

Las Mutuas deberán conservar la documentación relativa a prestaciones y su gestión por un plazo mínimo de **5 AÑOS**

Las mutuas dispondrán EN TODOS SUS CENTROS de libros de RECLAMACIONES integrados por las correspondientes HOJAS, que serán conocidos y estarán a disposición del público.

Las reclamaciones serán remitidas por la mutua a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo máximo de 10 días tras la formulación presentada, adjuntando informe de la mutua sobre los hechos. A su vez, la mutua podrá contestar al trabajador/a afectados, en espera que también los haga la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.



Por tanto, la mutua remite la reclamación a la Administración que será esta última quien realice los contactos con el afectado/a.

Cuando las personas perciban que las actuaciones de las mutuas no se atienen a la función de restablecimiento de la salud, que es para lo que deben estar, han de dejar constancia por escrito de estas situaciones.

Dejar evidencia de las actuaciones susceptibles de atentar contra los derechos de los trabajadores es fundamental para que los representantes de los trabajadores tengamos argumentos en nuestros debates con las mutuas en las Comisiones de Control y Seguimiento, así como con la Administración correspondiente; ya que hay poca prueba escrita del malestar de las personas respecto a las actuaciones de las mutuas.

Nuestro objetivo, por supuesto, no es proponer conflicto donde no hay; sino que es, en todo momento, obtener unas herramientas para mejorar las actuaciones de las mutuas respecto a sus principales usuarios que son los trabajadores y trabajadoras; a la vez que conseguir que los mismos puedan verse resarcidos adecuadamente de los posibles daños que esas actuaciones de las entidades colaboradoras puedan suponer tanto a nivel de salud como de perjuicio económico. Ya que hay que recordar que las mutuas trabajan con los recursos públicos de cuotas, aportadas por empresarios y trabajadores, que Seguridad Social pone a su disposición para esa labor de colaboración con el sistema.

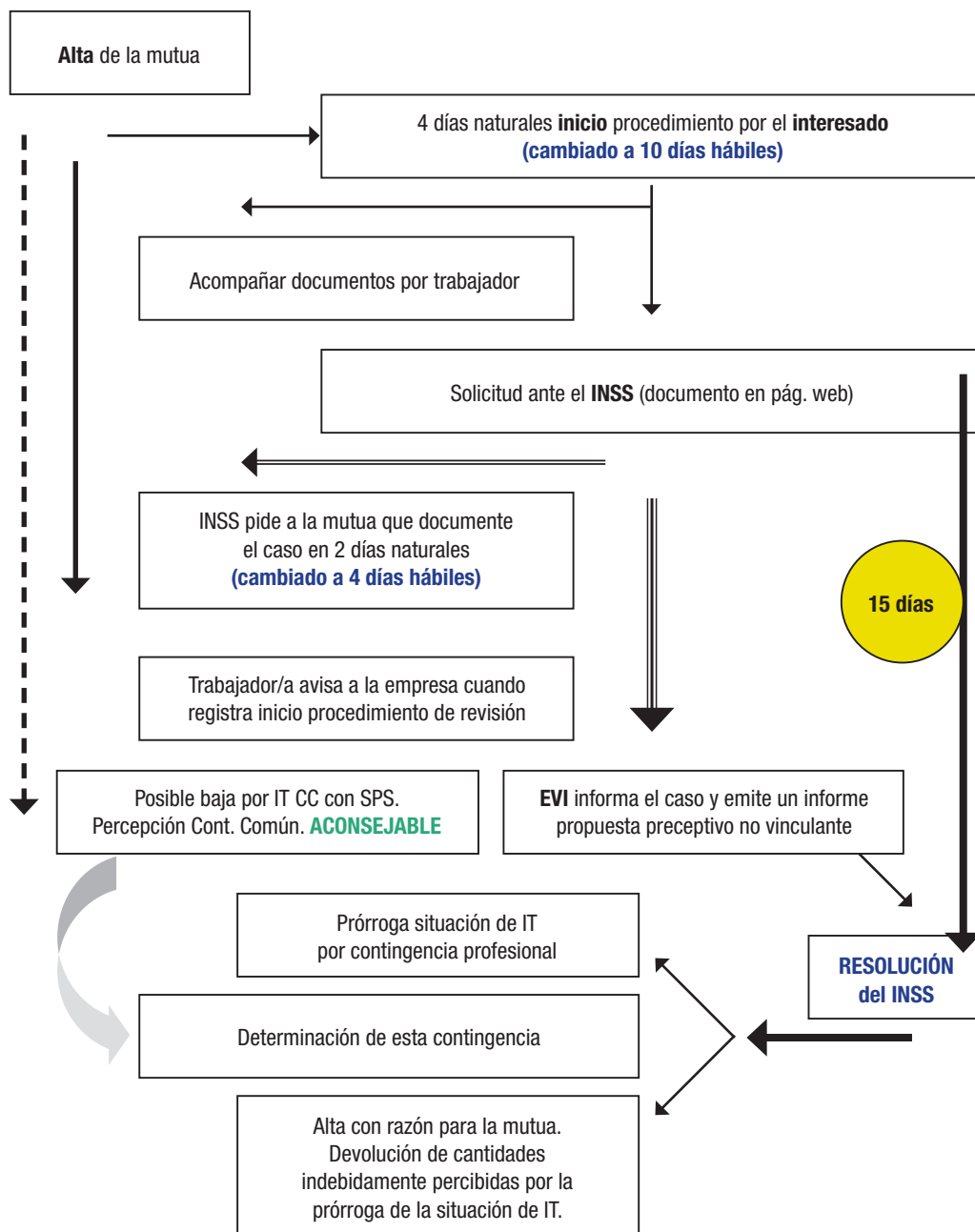
Alta de mutua antes de agotado los 365 días:

Procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas emitidas por las mutuas en los procesos de contingencia profesional.

El **RD 1430/2009** introduce en su artículo 4 un sistema de revisión de las médicas emitidas por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y por las empresas colaboradoras, en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de doce meses de duración de dicha situación.

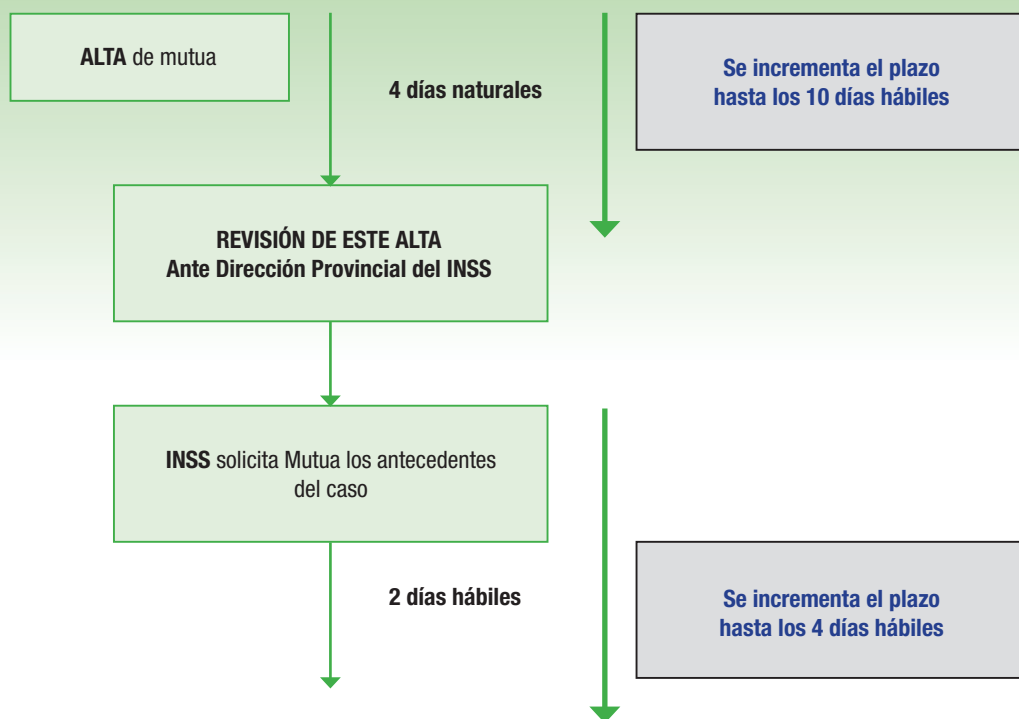
El trabajador/a inicia la **revisión** ante el **INSS** en un plazo máximo de 10 días hábiles. En un documento <<descargable>> de la página Web. El INSS analizará la documentación presentada por el afectado/a y

la que aporte la mutua. De este análisis resolverá considerando el alta de la mutua, prorrogando la baja, fijando fecha diferente de alta o si el trabajador ha optado por baja del sistema público intercurrente en este proceso, determinará la contingencia.



En el RD 625/2014 se han incrementado los plazos para que el trabajador o trabajadora puedan cursar la revisión del alta de la mutua, de tal modo que facilite la aportación de documentos y pruebas que respalden la solicitud.

Modificación del RD 1430/2009, Artículo 4 apartado 2 Procedimiento especial de revisión. En cuestión de PLAZOS



No obstante, si se tienen los documentos antes del límite de los plazos, es oportuno adelantar la presentación, ya que hay que tener en cuenta que en el procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas expedidas por mutuas no se ha modificado que la Resolución del INSS puede incluir la devolución de las “cantidades indebidamente percibidas” en supuestos de prórroga de la situación de IT por contingencia profesional, sin haber mediado baja de contingencia común. De ahí que en la imagen del procedimiento se ha puesto que es ACONSEJABLE recurrir a la baja por contingencia común y luego determinar la contingencia mejor que arriesgarse a prorrogar la contingencia profesional y que el INSS dé la razón a la mutua y su alta, ya que habría que devolver las cantidades indebidamente percibidas.

SOLICITUD DE RECARGO DE PRESTACIONES

El artículo 123 de la Ley de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 1/1994, a partir del 2 de enero de 2016 es el artículo 164 del Real Decreto Legislativo 8/2015. Permite que el trabajador/a que sufre un accidente de trabajo y demuestra que el mismo ha sido como consecuencia de la omisión de las medidas de seguridad a las que está obligado el empleador/a, puede solicitar un recargo en la prestación de la que sea merecedor con un montante del 30 al 50 por ciento respecto de la base reguladora de la prestación y que ha de soportar directamente el empresario/a que no ha puesto las medidas de prevención debidas.

Para promover este recargo hay que motivar la actuación de la inspección de trabajo que informa la Resolución del INSS.

Desde CC.OO. recomendamos su solicitud para <<incentivar>> que los empleadores se tomen más en serio la prevención de riesgos laborales.



DISCONFORMIDAD DE ALTA DEL INSS AGOTADO EL PLAZO DE LOS 365 DÍAS

El procedimiento de disconformidad con la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, que declare la extinción de la incapacidad temporal por alta médica del interesado, previsto en el artículo 128.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social, se ajustará a las siguientes reglas:

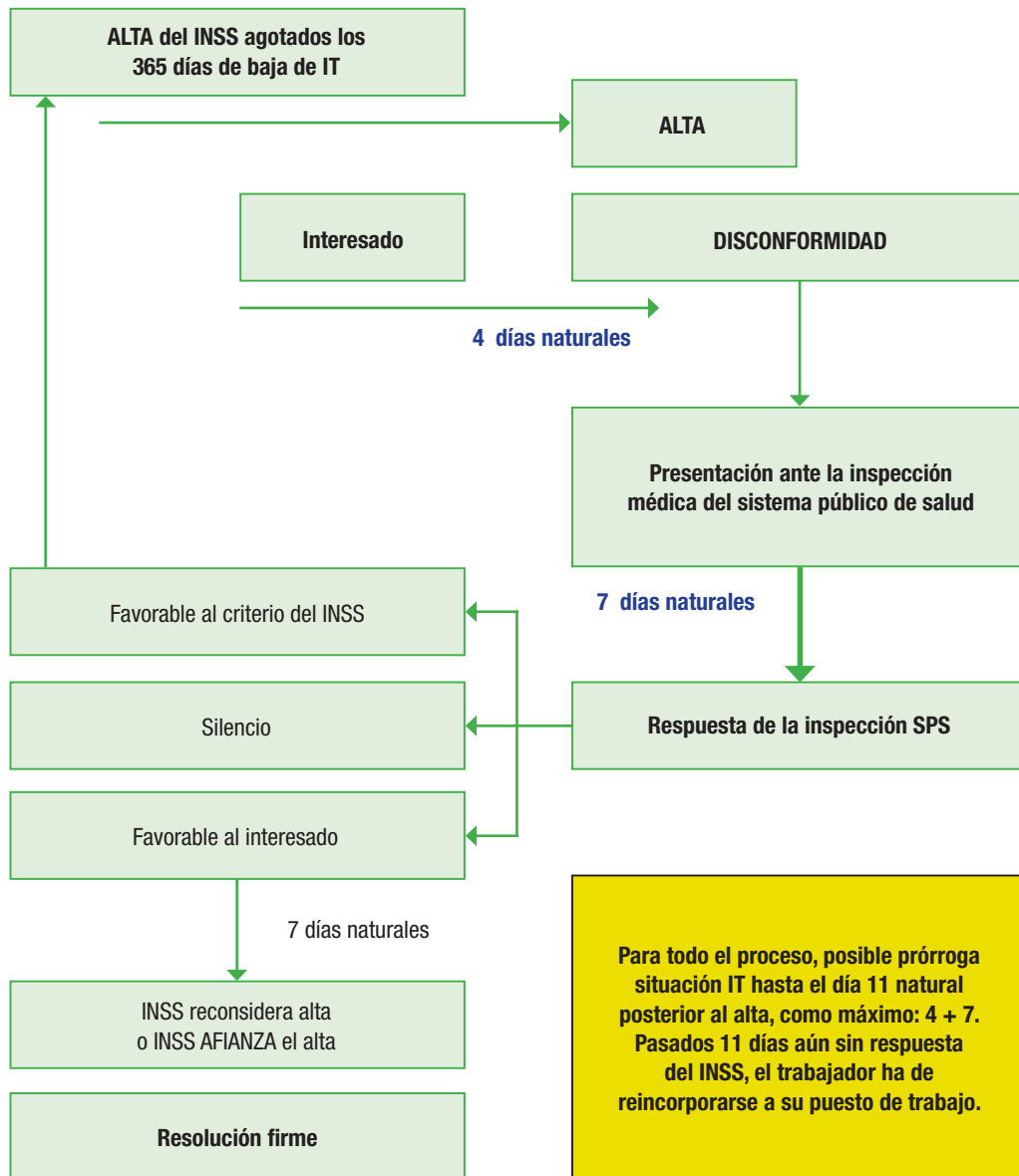
1. El interesado podrá manifestar su disconformidad en el plazo máximo de los **cuatro días naturales** siguientes a la notificación de la Resolución.
2. Dicha disconformidad se cumplimentará en el modelo aprobado a tal efecto por la correspondiente entidad gestora, que estará a disposición de los interesados en las correspondientes páginas **web** de dichas entidades.
3. La manifestación de disconformidad se presentará ante la inspección médica del servicio público de salud. Asimismo, podrá presentarse ante alguno de los órganos señalados en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
4. El interesado que inicie el procedimiento de disconformidad, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente dicha disconformidad o en el siguiente día hábil.
5. El Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, y los servicios públicos de salud deben comunicarse recíprocamente, a la mayor brevedad posible, el inicio del procedimiento de disconformidad así como todas las decisiones que adopten en el desarrollo del procedimiento.

La entidad gestora competente, bien por sus propios medios o, en su caso, a través del servicio común, comunicará a su vez a la empresa, a la mayor brevedad posible, todas las decisiones que puedan afectar a la duración de la situación de incapacidad temporal del interesado.

6. Las comunicaciones entre las entidades gestoras, los servicios públicos de salud y las dirigidas a la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos.

Llegados los 365 días de un proceso de baja, el **INSS** cobra plenas competencias en el proceso y puede:

- Iniciar trámite para declaración de una incapacidad permanente.
- Prorrogar la situación de IT a lo sumo 6 meses más.
- Extender el alta.



Siempre hay que documentar debidamente las solicitudes.

Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla 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.

Incide en varias cuestiones de la gestión de la referida situación de Incapacidad Temporal. Proponiendo la vía de comunicación telemática frente al soporte papel para la notificación de los procesos entre las entidades involucradas.

Se desarrolla la expedición de los partes médicos de baja, de confirmación y de alta, de manera que, manteniendo el rigor en la constatación de la enfermedad o lesiones del trabajador y de su incidencia en su capacidad para realizar el trabajo, se ahorrén trámites burocráticos y se adapte la emisión de los partes a la duración estimada de cada proceso, evitando al trabajador o trabajadora, cuya patología se estima de larga duración, que tenga que acudir con regularidad a su médico de atención primaria para formalizar los partes de confirmación de la baja.

El facultativo estimará bajo su criterio profesional la estimación de la baja. Para facilitar su trabajo contará con unas tablas que tienen en cuenta el **diagnóstico**, la **edad** y la **ocupación** de la persona; para así establecer de forma orientativa una duración óptima de los procesos.

Se establecen los nuevos modelos de parte y la comunicación por vía telemática para el parte de baja, el de confirmación y el de alta.

La Disposición Final Cuarta, establece que la presente Orden entrará en vigor, con los nuevos modelos de comunicación de las bajas, confirmación y alta el próximo **1 de diciembre de 2015**.

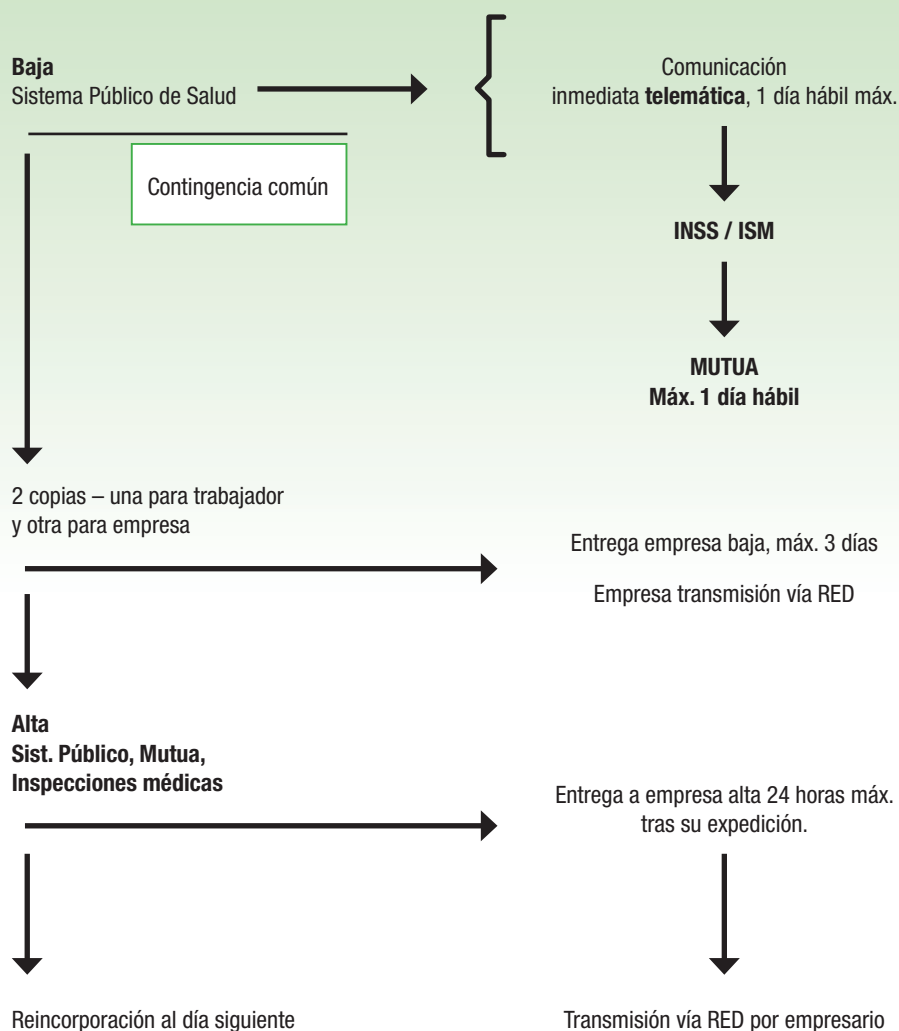
Los partes de baja y confirmación los extienden los médicos/as del sistema público o las Mutuas, según el proceso sea contingencia común o profesional, respectivamente.

Como se decía en el Real Decreto 625/2014 se pueden dar 4 situaciones según la duración:

- **Baja muy corta** (1-4 días naturales). En el mismo acto se extiende el documento de baja y alta. No procede parte de confirmación.
- **Corta** (5-30 días naturales): parte de baja + confirmación de la baja a los 7 días y 2ª y siguientes confirmaciones del proceso a los 14 días naturales.
- **Media** (31-60 días naturales): baja que se confirma a los 7 días naturales y siguientes partes de confirmación a los 28 días.
- **Larga** (61 y más días naturales): baja, se confirma a los 14 días naturales y los partes de confirmación siguientes a los 35 días.

En el primer caso, si llegado el día del alta, el trabajador/a no está en condiciones, puede solicitar reconocimiento médico y el facultativo/a que lo realiza, cambiar el criterio del alta y confirmar la baja, diagnóstico y nueva estimación temporal.

Tramitación del parte:

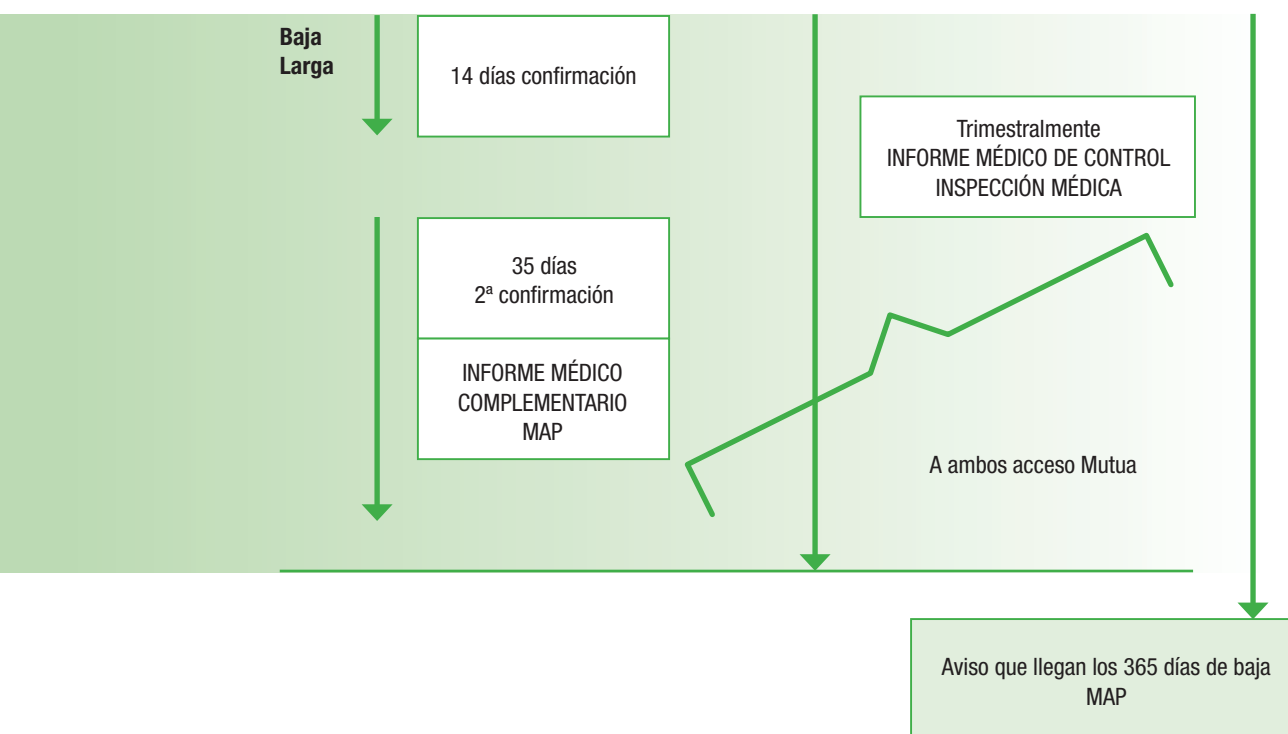


En todos los procesos, llegados a los **365** días de la baja, se ha de comunicar al trabajador/a que se alcanza la fecha máxima de permanencia en IT (art. 128 Ley General de la Seguridad Social). Ya que en adelante los partes de confirmación, de haberlos, serán a cargo exclusivo del **INSS/ISM**. A las Mutuas se les da la potestad de realizar entre el día 330 al 345 una propuesta **NO VINCULANTE** ante el INSS, respecto a la contingencia profesional de que se trate.

En los procesos de incapacidad temporal de duración estimada **superior a 30 días** naturales, cuya gestión corresponda al servicio público de salud, cualquiera que sea la contingencia de que deriven, el segundo parte de confirmación de la baja y siguientes irán acompañados de un **informe médico complementario** cumplimentado y actualizado por el facultativo que expida el parte de confirmación.

Informes de control TRIMESTRALMENTE

En los procesos cuya gestión corresponda al servicio público de salud, **trimestralmente**, a contar desde el inicio de la situación de incapacidad temporal, la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo servicio público de salud, o el médico de atención primaria bajo su supervisión, expedirá un informe médico de control de la incapacidad en el que deberán constar todos los extremos que, a juicio médico, justifiquen la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal.



CONCLUSIONES

El dilema se establece entre la **atención a la salud** y el **coste económico** de las prestaciones que cubren el estado de necesidad. El sistema tiene articulados unos mecanismos de protección para reparar la salud del trabajador a la vez que compensar económicamente la falta de ingresos salariales cuando está accidentado o enfermo. Para responder ante la pérdida de salud se ejercen los derechos de los ciudadanos a un sistema público de salud junto a un sistema conviviente donde existe una aportación de cuotas de las personas activas trabajando para garantizar un sistema de protección en los diversos estados de necesidad, entre los que se encuentra, como no podía ser de otra manera, la pérdida de salud.

Cuando la crisis se ha acentuado y los recursos por cuotas, debido al mayor desempleo, se han visto perjudicados, las soluciones han sido variadas:

- Se ha acortado el tiempo de permanencia en incapacidad temporal, para pasar al alta o a la tramitación de una incapacidad permanente.
- Se ha bajado el porcentaje económico de percibo de prestaciones en situación de baja.
- Se ha derivado a la empresa parte del coste, como han sido los 15 primeros días de la prestación por Incapacidad temporal.
- Se ha privado a los trabajadores de prestación en los tres primeros días de la baja.
- La tendencia actual de incrementar los mecanismos de control tanto para el acceso como para la permanencia en IT.

También se ha optado por incrementar las vías de control con:

- La inspección médica de los sistemas públicos de salud.
- La inspección médica del INSS, dotándole de la competencia de alta.
- La actuación de médicos policía a cargo de la empresa. Art. 20.4 Estatuto de los Trabajadores.
- La incorporación de las mutuas a la gestión de la incapacidad temporal por contingencia común. A decisión de la empresa. Con la competencia para realizar un reconocimiento médico y a partir del mismo formular una propuestas de alta.
- La anticipación de pruebas diagnósticas y adelanto de tratamientos por parte de las mutuas siempre que tengan la gestión económica de la prestación por contingencia común. Mediando la autorización del sistema público de salud competente en enfermedad común y el consentimiento informado del trabajador.
- La actuación de las mutuas desde el día siguiente al de la baja por contingencia común que expide el sistema público de salud.
- Las propuestas de alta de las mutuas ante la inspección médica del sistema público de salud y en segunda instancia ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Modificación del Estatuto de los Trabajadores para incluir el despido objetivo en situaciones de pérdida de salud, aún justificadas por el médico de atención primaria, cuando son de corta duración y constantes o repetidas en el tiempo.

Todo ello bajo el argumento no demostrado en el que se confunde el “absentismo” injustificado, con la pérdida de salud bajo tratamiento avalado por un médico. Con el pretexto repetido que no por ello se convierte en cierto, que las ausencias al trabajo provocan un grave perjuicio económico para la competitividad de las empresas.

Que duda cabe que pueden existir situaciones de uso indebido de las prestaciones, sobre las que hay que trabajar y proponer soluciones de consenso. Pero por este motivo no es razonable que se establezca el falso mito que la mayor parte de los trabajadores y trabajadoras incurrir en fraude. Además, si el sistema de Seguridad Social no obtiene los necesarios recursos para los estados de necesidad hay que pensar si el sistema requiere más ingresos por medio de empleos de calidad o fuentes adicionales de financiación, además de la percepción de cuotas. Lo que no es razonable es que baje la calidad de la atención, se haga más rígido el acceso a las prestaciones, se reduzca el tiempo de permanencia en las mismas o se convierta al sistema en un modelo de control al trabajador afectado.

Las normas tratadas en esta **guía**, tanto la Ley 35/2014, como el RD 625/2014 y la Orden ESS/1187/2015 han ido en la línea de mejorar la **eficacia** en la gestión de las prestaciones de la Seguridad Social. La Ley 35/2014 ha quedado subsumida en el Real Decreto Legislativo 8/2015, Ley General de la Seguridad Social, arts. 79 a 101 del Capítulo VI Sección 1ª que se refiere a las Entidades Colaboradoras.

Pero, también las mismas encubren procesos de privatización de competencias que o debían ser públicas o eran públicas y se transfirieron a entidades colaboradoras privadas. En algunas nuevas prestaciones del sistema de Seguridad Social desde su origen se dejó la actuación a las Mutuas. En otras prestaciones tradicionalmente gestionadas por entidades públicas, se traspasó parte de la competencia a las entidades colaboradoras (caso de la enfermedad común), bajo el falso mito de que la gestión privada es más eficaz y eficiente que la pública. De hecho, en el caso de la enfermedad común la eficacia lo puede ser si de lo que se trata es de satisfacer las necesidades de los empresarios o empleadores: Ya que a quien se le da la potestad de control es a la asociación de empresarios o Mutua, de la que forman parte los empleadores y por tanto tiene un claro interés desde la patronal a la que las Mutuas representan y pertenecen.

Desde **CC.OO.** tenemos el ineludible deber de crear las estrategias para poder seguir garantizando los derechos de los trabajadores y trabajadoras a los que representamos y que duda cabe que la **divulgación** es una herramienta para ello. Más si de lo que se trata es de mantener unos **derechos de calidad** en los servicios asistenciales y las prestaciones económica coadyuvantes. Ya que el sistema tiene que garantizar unos estándares de atención, financiados por recursos por los que el trabajador aporta con su masa salarial con el fin de garantizar unas prestaciones en los estados de necesidad no deseados.

De ahí esta guía que esperamos sea de utilidad sindical.

GLOSARIO

■ **IT: incapacidad temporal**

El apartado 1 del artículo 128 del texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio determina las situaciones que tendrán la consideración de incapacidad temporal.

■ **INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social**

Entidad Gestora de la Seguridad Social, con personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, que tiene encomendada:

- La gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, con excepción de aquellas cuya gestión esté atribuida al IMSERSO (Entidad Gestora de la Seguridad Social para la gestión de los Servicios Sociales complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, y en materia de personas mayores y personas en situación de dependencia) o servicios competentes de las Comunidades Autónomas.
- El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, con independencia de que la legislación aplicable tenga naturaleza nacional o internacional.

Las funciones del **INSS** en Cataluña las desempeña <<L'Institut Català d'Àvaluacions Mèdiques>> (**ICAM**) adscrito a la Secretaría de Salud Pública del Departamento de Salud y gestiona los procesos médicos y sanitarios en materia de incapacidad laboral. Así las evaluaciones médicas, la inspección, la gestión y el control de los procesos médicos relacionados con las incapacidades laborales y dictamina sobre la adecuación de las actuaciones sanitarias del sistema público de salud.

■ **ISM: Instituto Social de la Marina**

Entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, de ámbito nacional que actúa bajo la dirección y tutela del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, adscrita a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Competente en la gestión, administración y reconocimiento del derecho a las prestaciones del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar; así como la asistencia sanitaria de los trabajadores del mar y sus beneficiarios dentro del territorio nacional.

■ **EVI: Equipo de Valoración de Incapacidades**

Regulado en el Real Decreto 1300/1995, es un órgano colegiado (con hasta 5 miembros), dependiente del INSS, que realiza informes propuesta para las Resoluciones de las direcciones provinciales del INSS sobre evaluaciones de la capacidad para el trabajo y el origen de los daños de los trabajadores y trabajadoras.

■ **Inspección médica sistemas públicos de salud**

Dependiente de las Consejerías de Sanidad de cada Comunidad Autónoma es el cuerpo de funcionarios de carrera, médicos que se encarga del control del acceso de los asegurados a las prestaciones sanitarias, control de la incapacidad temporal, participación en los EVI correspondientes a su ámbito territorial, evaluación de la actividad y calidad de la asistencia sanitaria dispensada y otros relacionados con la auditoría de los servicios sanitarios asistenciales.

■ **Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social**

Definidas en el artículo 68 del Real Decreto Legislativo 1/1994, Ley General de la Seguridad Social, modificado por Ley 35/2014 “asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley”. Desde el 2 de enero de 2016 la referencia es el artículo 80 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

* Hay que tener claro que estas entidades colaboradoras han dejado de forma permanente cualquier vínculo con las Sociedades de Prevención. De tal modo que su participación accionarial ha sido vendida en el año 2015 a grupos mercantiles ajenos en su totalidad a las Mutuas.

* Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social han pasado a incrementar competencias en la gestión de prestaciones públicas de seguridad social y han ido cediendo actuaciones en materia de prevención de riesgos laborales, quedando cargo al 0,7 % de cuota de contingencia profesional una serie de actuaciones sólo destinadas a investigación, información y divulgación.

Anexos nuevos modelos de partes baja, confirmación en IT para poner en marcha a más tardar el uno de enero de 2016:

<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-6839>

