

más de

150 RESPUESTAS

SOBRE
INCAPACIDAD TEMPORAL

Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC

MÁS DE 150 RESPUESTAS SOBRE INCAPACIDAD TEMPORAL

Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC

© 2011, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**
Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2.^a planta, of. 14
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

Diseño: Glòria Garcia Falcó

ISBN: 978-84-15037-16-3
Depósito legal: B. 34.776-2011

Printed in Spain

COORDINADOR *

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Licenciado en Derecho. Máster en Derecho Sanitario.
CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

AUTORES *

Ana Ballarín González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Monte Rozas. Las Rozas. Madrid.

Ana Cristina García Álvarez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Maqueda. Madrid.

Soledad Holgado Catalán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Máster en Bioética.
CS Monte Rozas. Las Rozas. Madrid.

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Licenciado en Derecho. Máster en Derecho Sanitario.
CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Belén de Llama Arauz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Entrevías. Madrid.

Andrés López Romero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Máster en Derecho Sanitario.
Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Atención Primaria. Madrid.

Francisco Javier Muñoz Perdiguero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Máster en Gestión Sanitaria.
Dirección Asistencial Noroeste. Madrid.

*El coordinador y todos los autores pertenecen al Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC

Guadalupe Olivera Cañadas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Máster en Derecho Sanitario.

Técnico en la Dirección Técnica de Procesos y Calidad.

Gerencia Adjunta de Planificación de Atención Primaria. Madrid.

REVISORES

Susana Álvarez Gómez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Médico Inspectora del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social.

Diplomada en Valoración Médica de la Incapacidad.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

José M.^a Morán Llanes

Médico Inspector. Máster en Salud Pública y Presidente de la AISSMa

(Asociación de Inspección de Servicios Sanitarios de Madrid; www.AISSMa.org).

Inspección Sanitaria de Monte Rozas, Las Rozas, Madrid.

COLABORADORES

Cristina Serra Arias

Jefe del Departamento de Prestaciones Económicas de MC Mutua.

MATEPSS, n.º 1

Imanol Goirigolzarri Sáez

Director de Prestaciones Económicas de Mutua.

MATEPSS, n.º 2

Ana Navarro Peñalver

Directora Servicios Médicos Contingencias Comunes de MAZ.

MATEPSS, n.º 11

Jorge Vilanova Martínez-Frías

Director de Prestaciones de ASEPEYO.

Derecho de Seguridad Social, prestaciones.

MATEPSS, n.º 151

Ángela M.^a Colomar Fiol

Coordinadora Médica de Contingencia Comunes de Mutua Balear.

MATEPSS, n.º 183

Carola García-Rodrigo Menéndez

Directora de Prestaciones de Ibermutuamur.

MATEPSS, n.º 274

Índice

Presentación Presidente de la semFYC	7
Presentación Presidente de AMAT	9
Introducción	11
Abreviaturas utilizadas	13
I. Concepto de la incapacidad temporal. Aspectos generales	17
II. Accidente de trabajo y enfermedad profesional	39
III. Incapacidad permanente	57
IV. Autónomos, empleados de hogar y otros regímenes especiales	69
V. Entidades que participan en la gestión y control de la incapacidad temporal	91
VI. Maternidad. El riesgo durante el embarazo y la lactancia natural	105
VII. Casos especiales	127
Índice de conceptos	143

Presentación

La incapacidad temporal es una de las responsabilidades del médico de familia que más trasciende a nuestra sociedad y la que más define un estado del bienestar. Nuestro compromiso con la gestión de la incapacidad temporal abarca tres ámbitos como son la responsabilidad clínica, la de la prestación y la de su repercusión social.

La Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria (semFYC) ha reclamado desde hace unos años cambios legislativos para erradicar de este acto médico todo lo que no le añada valor, es decir la burocracia. Por ello nos hemos pronunciado públicamente en el documento *semFYC Propuestas para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal*, realizado conjuntamente por médicos de familia que trabajan en la Atención Primaria y otros profesionales que tienen su campo de actuación en las mutuas profesionales o en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Pero no se pueden demandar cambios si no se asumen las responsabilidades que nos son propias, es por ello que la semFYC, gracias al grupo Lex Artis de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria y a la colaboración de Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), ha realizado en los últimos años varias iniciativas en formación, que van dirigidas a los médicos de familia como la publicación del *Manual para el manejo de la incapacidad temporal en Atención Primaria* o la realización del curso: «*Doctor, vengo a por la baja*». *Aspectos legales en incapacidad temporal*, que por su demanda cumple ya su 3.^a edición, dado su contenido riguroso y la aplicación de las nuevas tecnologías para el aprendizaje. Ambas iniciativas han comportado un éxito inusual y poco esperado para quienes creen que los médicos de familia no estamos comprometidos con la gestión de la incapacidad temporal.

Pero innovar en sanidad es crear y por ello el grupo Lex Artis nos propuso editar una nueva obra que respondiera a las preguntas frecuentes e infrecuentes que el médico de familia puede plantearse en su práctica asistencial diaria. Para ello se ha editado un tutorial caracterizado de rigurosidad y con la pretensión de dar seguridad a quien pueda dudar o quiera realizar una consulta experta en estas más de 150 respuestas sobre la incapacidad temporal. Como muy bien nos explica su coordinador, no es un tratado, ni sustituye a otro tipo de formación, pero sin duda añade valor a la consulta del médico de familia.

Debemos felicitarnos por esta nueva obra que además de responder al Plan Estratégico de la semFYC para mejorar la capacidad profesional del médico de familia, busca sinergias entre las Sociedades Federadas y la misma semFYC con el fin de que las iniciativas que surjan a nivel federal puedan ampliarse a toda la Federación y se puedan realizar en toda España. El éxito está asegurado y es fruto de la tarea reflexiva del grupo Lex Artis y de la colaboración con AMAT. En nombre de la semFYC, muchas gracias a los autores, y esperamos que, igual que las otras iniciativas en incapacidad temporal, ésta tenga una gran acogida.

JOSEP BASORA I GALLISÀ
Presidente de semFYC

Presentación

Esta nueva publicación representa un paso más para lograr el objetivo de mejorar la coordinación entre médicos de Atención Primaria, médicos de Mutuas e Inspección Médica en las distintas comunidades autónomas, con el fin de conseguir optimizar la gestión de la Incapacidad Temporal.

Un camino iniciado en 2008, con la firma del Convenio Marco suscrito entre la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), y que se enmarca en las actividades que forman parte del Programa para la Reducción de la Enfermedad Profesional, Enfermedad Común y del absentismo laboral en la Empresa, inscrito en el Plan de Actividades Conjuntas de las Mutuas, que está desarrollando AMAT y que, en esta ocasión, se materializa en el manual que ahora tiene en sus manos.

Esta publicación ha sido realizada por médicos de la semFYC con la colaboración de médicos de mutuas para su revisión, y recoge las respuestas a las preguntas más frecuentes que se le pueden plantear a un facultativo de Atención Primaria a la hora de gestionar la Incapacidad Temporal como prestación de nuestro Sistema de Seguridad Social.

El médico de Atención Primaria es la pieza clave para la gestión de la Incapacidad Temporal, por lo que es necesario dotarle de las herramientas precisas para que pueda hacer frente con éxito a situaciones como las que se incluyen en esta publicación, cuando necesite orientación para poder afrontarlas, siempre teniendo en cuenta el respeto a las necesidades del paciente como aspecto fundamental.

Quisiera plasmar mi más sincera felicitación a todos los profesionales médicos que han hecho posible la realización de esta obra, que constituye una herramienta de consulta útil y sencilla y que, sin duda alguna, contribuirá a mejorar la gestión de este tipo de contingencias ayudando así, a la mejor atención de los trabajadores, a la competitividad de las empresas y a la optimización, sostenimiento y mejora de nuestro Sistema de Seguridad Social.

PEDRO BARATO TRIGUERO
Presidente de AMAT

Introducción

El día a día de la consulta de Atención Primaria (AP) nos obliga a manejar con agilidad las situaciones más habituales en el ámbito de la IT; pero existen circunstancias menos corrientes que a menudo nos generan dudas acerca de cuál es el procedimiento correcto. En estos casos recurrimos al compañero más avezado, a la dirección-gerencia o a la inspección médica, de los cuales obtenemos respuestas que no siempre son satisfactorias e incluso algunas veces resultan contradictorias. Asimismo, ante determinadas situaciones nos encontramos incómodos hasta tal punto que a veces deseamos que nos descarguen de la obligación de expedir bajas, altas y partes de confirmación. Al fin y al cabo, se trata sólo de burocracia... ¿O es algo más?

La IT es una de las principales prestaciones del Sistema Nacional de la Seguridad Social, uno de los logros más relevantes de la sociedad «del bienestar», y esta sociedad nos ha encargado, como médicos, la responsabilidad de hacer un uso adecuado de este recurso tan valioso como costoso.

Después de que los miembros del Grupo *Lex Artis*, de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC), hubiésemos escrito el *Manual para el manejo de la Incapacidad Temporal en Atención Primaria*, nos dimos cuenta de que habíamos aprendido muchas cosas que ignorábamos de la materia. Además, al haber colaborado en varios cursos presenciales y a distancia sobre IT, hemos podido resolver muchas dudas concretas que los compañeros se plantean en la práctica habitual. Por ello, nos pareció útil condensar las dudas suscitadas y los conocimientos que habíamos adquirido para poner a disposición de los médicos de familia una guía rápida de preguntas y respuestas que pudieran consultar.

Tanto las preguntas como las respuestas han sido seleccionadas y contestadas por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, posteriormente han sido revisadas por dos médicos inspectores adscritos a un servicio de salud y a una entidad gestora, respectivamente, y por unos especialistas de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, sin cuya colaboración y patrocinio no habría sido posible esta obra. Siempre que ha sido factible, hemos incluido la referencia legal que fundamenta la respuesta y un enlace de internet acertado para ampliar la información.

Este libro no pretende ser una obra exhaustiva, sino que se orienta a la resolución concreta de los problemas de carácter legal y administrativo que surgen en el ámbito de la IT. Tampoco es una guía clínica del manejo de la baja según patologías, para lo que el lector podrá encontrar otros textos. Esperamos que sea útil como guía de consulta para mejorar el trabajo diario en nuestra asistencia.

FERNANDO LEÓN VÁZQUEZ
Coordinador del Grupo Lex Artis. SoMaMFyC

Abreviaturas utilizadas

3-AT-19-B	Parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo
AMAT	Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo
ANL	Accidente no laboral
AP	Atención Primaria
APU	(Ministerio) de Administraciones Públicas
Art. (o art.)	Artículo
AT	Accidente de trabajo (es el término legal del popularmente denominado «accidente laboral»)
BR	Base reguladora
CAISS	Centro de Atención e Información de la Seguridad Social
CC	Contingencia común (EC o ANL)
CE	Constitución Española
CEPROSS	Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9, Modificación Clínica
CP	Contingencia profesional (AT o EP)
EBEP	Estatuto Básico del Empleado Público (Ley 7/2007)
EC	Enfermedad común
ENMT	Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
EP	Enfermedad profesional
ETT	Empresas de trabajo temporal
EVI	Equipo de Valoración de Incapacidades
FOGASA	Fondo de Garantía Salarial
ICAM	<i>Institut Català d'Avaluacions Mèdiques</i> (Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas)

ICL	Informe clínico laboral (modelo P.47)
ILT	Incapacidad laboral transitoria (término obsoleto; actualmente, IT)
IMS	Informe médico de síntesis
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INEM	Instituto Nacional de Empleo (actualmente, SPEE)
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (para Ceuta y Melilla)
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud (actualmente transferido a las comunidades autónomas en su totalidad, excepto INGESA)
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Incapacidad permanente
IPA	Incapacidad permanente absoluta
IPP	Incapacidad permanente parcial
IPREM	Indicador público de renta de efectos múltiples
IPT	Incapacidad permanente total
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISM	Instituto Social de la Marina
IT	Incapacidad temporal
LGSS	Ley General de la Seguridad Social: Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS)
MATEPSS	Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (actualmente MTIN)
MTIN	Ministerio de Trabajo e Inmigración
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
OM	Orden ministerial
OMC	Organización Médica Colegial
ONCE	Organización Nacional de Ciegos de España
P.3	Modelo de receta farmacéutica para trabajadores activos y sus beneficiarios (de color verde)
P.3/1	Modelo de receta farmacéutica para pensionistas y sus beneficiarios (de color rojo)
P.3/6	Modelo de receta farmacéutica para trabajadores activos por contingencias profesionales (de color azul)
P.9	Modelo de parte de baja/alta de incapacidad temporal por contingencias comunes

P.9/1	Modelo de parte de confirmación de incapacidad temporal por contingencias comunes
P.9/11	Modelo de parte de baja/alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales
P.9/5	Modelo de parte de confirmación de incapacidad temporal por contingencias profesionales
RD	Real Decreto
REA	Régimen Especial Agrario
REEH	Régimen Especial de los Empleados de Hogar
REMC	Régimen Especial de la Minería del Carbón
RETA	Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
RETMAR	Régimen Especial de los Trabajadores del Mar
SETA	Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios
SPEE	Servicio Público de Empleo Estatal
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPS	Sistema Público de Salud
SRS	Servicio Regional de Salud (de la comunidad autónoma)
SS	Seguridad Social
TAS	(Ministerio de) Trabajo y Asuntos Sociales
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social
TRLGSS	Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social

I. Concepto de la incapacidad temporal.

Aspectos generales

La **incapacidad temporal (IT)** es la situación en la que se encuentra cualquier trabajador por enfermedad (común o profesional) o accidente (sea o no de trabajo) que le impide el desempeño de su trabajo, mientras recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social (SS), conforme al art. 128.1 del RDL 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).

Se entiende por *contingencia* la situación que da lugar a una protección que otorga el sistema de la Seguridad Social, en caso de que el riesgo se actualice o acontezca (art. 2 LGSS). Puede ser de dos tipos: contingencias comunes (que incluyen enfermedad común [EC] y accidente no laboral [ANL]) o contingencias profesionales (accidente de trabajo [AT] y enfermedad profesional [EP]). La LGSS (arts. 57 y 67) y el RD 1300/1995 otorgan al INSS la competencia en último caso para determinar el tipo de contingencia, siendo el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI; en Cataluña, el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques [ICAM]) el que emite el dictamen-propuesta sobre el carácter común o profesional de la contingencia determinante del proceso.

Los *partes médicos de baja y confirmación* son los documentos legales que justifican el inicio o mantenimiento, respectivamente, de la situación clínica que impide realizar la actividad laboral habitual. Su emisión debe ir precedida de un reconocimiento médico al trabajador.

RD 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.

?

1

¿Cada cuánto se hacen los partes de confirmación? ¿Cuándo se debe hacer un informe adicional y con qué periodicidad?

La periodicidad en la emisión de los partes de confirmación es, en todos los casos, semanal, aunque el plazo del primero depende del tipo de contingencia:

- ↗ En caso de contingencias comunes (CC): que incluyen la enfermedad común (EC) y el accidente no laboral (ANL), el primer parte de confirmación se emitirá al cuarto día tras la baja. Los siguientes partes de confirmación tendrán una periodicidad semanal: al día 11 de la baja, al 18, al 25... Esta periodicidad es igual sea cual sea el régimen de afiliación del trabajador (incluidos autónomos y empleados de hogar).
- ↗ En caso de contingencias profesionales (CP): que comprenden el accidente de trabajo (AT) y la enfermedad profesional (EP), la emisión de los partes se hará tras la baja de manera semanal: al día 8 de baja, al 15, al 22... Esta periodicidad es igual sea cual sea el régimen de afiliación del trabajador (incluidos los autónomos que cotizan por AT).

Los empleados de hogar tienen también derecho a contingencias profesionales desde el 1 de enero de 2011 (ver pregunta 87).

Los informes adicionales deben hacerse en el tercer parte de confirmación y posteriormente cada cuatro semanas, cualquiera que sea la contingencia. Deben incluir al menos:

- Un breve informe clínico con la patología del trabajador.
- El tratamiento prescrito.
- La evolución del proceso.
- La limitación funcional que éste produce sobre el paciente.
- La fecha probable de recuperación.

Orden de 19 de julio de 1997 por la que se desarrolla el RD 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

?

2

Si al dar de alta a un paciente coincide que le corresponde un parte de *confirmación* con la misma fecha, ¿es necesario emitir este último parte?

Basta con el de alta. El parte de confirmación es el documento oficial que usamos para «confirmar» que el paciente sigue en un estado clínico que le impide realizar su trabajo, es decir, para mantener la baja. No tiene sentido confirmar que el paciente debe seguir de baja y simultáneamente emitir el alta. En cualquier caso, es poco relevante.

?

3

¿Existe la posibilidad de un *alta económica*?

El alta económica **era** la situación que se daba cuando un trabajador, estando de baja, estaba autorizado para no asistir a su trabajo y recibía asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), pero **no percibía prestación económica**. Nació de una situación de IT convencional en la que el INSS, tras reconocer al trabajador y por causa justificada, formulaba una intención de alta económica a la inspección médica, que era la encargada de ratificarla o rechazarla en un plazo de tres días hábiles. Este parte de alta emitido por los facultativos del INSS estaba condicionado a la decisión de la inspección de los servicios sanitarios, y en él se reflejaba como fecha de efectos del alta el día quinto hábil siguiente al de su extensión.

El alta médica expedida por el facultativo del INSS, «a los exclusivos *efectos económicos*», determinaba la extinción de la prestación económica por IT des-

de el día de efectos del alta médica, y el consiguiente **derecho** del trabajador de reincorporarse a la empresa, sin perjuicio de que el SNS continuara prestando al trabajador la asistencia sanitaria.

La LGSS habilita a los médicos inspectores del INSS y del ISM para extender **altas** médicas «por inspección» **a todos los efectos**, económicos y laborales, sin necesidad de contar con la decisión de la inspección médica del SPS. Por ello ya no es necesario que recurran a esta «alta económica» de efectos parciales. Sin embargo, existen otras situaciones de IT «sin prestación económica» que **no son** un «alta económica», como la baja por enfermedad común durante el período de carencia.

Disposición adicional 52.ª Ley General de la Seguridad Social, según la modificación introducida por la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.

Resolución de 15 de noviembre de 2010, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

Disposición Adicional 19.ª 2, de la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.



4

¿Cuándo, cuánto y quién *financia* el subsidio por IT?

Tanto el inicio del cobro de la prestación económica como la cantidad de la misma y el pagador dependen del tipo de contingencia y de quién sea el responsable de abonar la prestación: entidad gestora (INSS, ISM) o entidad colaboradora (MATEPSS), si bien actualmente el 71 % de los procesos corren a cargo de las mutuas.

	Cuándo comienza a percibirse el subsidio	Cantidad que se percibe*	Quién paga el subsidio
Enfermedad común y accidente no laboral	A partir del día 4 de la IT. Los empleados de hogar a partir del día 9	El 60 % de la base reguladora hasta el día 20. A partir de ahí el 75 % de la base reguladora	Los primeros 15 días paga el empresario. A partir del día 16 (9 en empleados de hogar) la entidad gestora: INSS, ISM, MATEPSS, o empresa colaboradora ^b
Enfermedad profesional y accidente de trabajo	A partir del día siguiente de la baja	El 75 % de la base reguladora	La entidad gestora encargada de la contingencia profesional: MATEPSS, INSS o ISM, o empresa colaboradora

* Las empresas pueden cubrir por convenio desde el primer día y el total o 100 % de la base reguladora.

^b En el caso de trabajadores autónomos, régimen de empleados de hogar y trabajadores por cuenta ajena cuya relación laboral se extinga antes del día 16 de baja, el pago se hace directamente a través de la entidad gestora o colaboradora (MATEPSS).

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social; ISM: Instituto Social de la Marina; MATEPSS: Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

■ *Arts. 129 y 131 de la Ley General de la Seguridad Social.*



¿Cuándo se *extingue* el subsidio por IT?

Un trabajador con IT deja de recibir prestación económica porque:

- ↗ Se encuentre en alguna de las siguientes situaciones que provocan una extinción de la IT:
 - El paciente se cura o mejora, lo que le permite realizar su trabajo habitual.
 - Es dado de alta médica con o sin informe que proponga incapacidad permanente (IP).
 - Alta por incomparecencia a la revisión médico del SPS.
 - El plazo máximo establecido para la situación de IT se ha superado.
 - Se le concede una pensión de jubilación.
 - No comparece a un reconocimiento médico requerido por la entidad gestora o colaboradora (MATEPSS) y no justifica su ausencia del mismo.
 - El trabajador fallece.

↗ Se encuentre en alguna de las siguientes situaciones que provocan una suspensión o pérdida del derecho (ver pregunta 97) como es el caso de:

- El trabajador actúa fraudulentamente para conservar o mantener la prestación.
- Trabaja a la vez que se cobra el subsidio por IT, por cuenta propia o ajena.
- Rechaza o abandona sin causa razonable el tratamiento médico indicado.

■ *Arts. 131 bis y 132 de la Ley General de la Seguridad Social.*

?

6

¿Cuáles son los tipos de alta?

Las razones por las que se puede emitir el alta son:

- **Alta por curación.**
- **Alta por mejoría**, lo que le permite realizar el trabajo habitual.
- **Alta por fallecimiento.**
- **Alta por incomparecencia:** el trabajador no acude a recoger los partes de IT, o a algún reconocimiento del INSS, ISM o de la mutua. La fecha que debe figurar en el alta es el día del primer parte no recogido.
- **Alta por inspección médica:** en este caso, y como mínimo durante los siguientes seis meses, cualquier nueva baja deberá ser emitida por la inspección médica. Desde noviembre de 2010, esta facultad se ha extendido a los médicos inspectores del INSS y del ISM, que son los únicos que podrán emitir una nueva baja por el mismo o similar motivo en los siguientes 180 días a dicha alta.
- **Alta por inicio de maternidad:** con fecha del día anterior a la fecha del inicio del descanso por nacimiento o adopción.
- **Alta por propuesta de incapacidad permanente** (antes llamada «propuesta de invalidez»): la propuesta de incapacidad permanente debe iniciarse en el momento en que se presume que la enfermedad o las lesiones del trabajador van a ser definitivamente incapacitantes, sea cual sea el tiempo transcurrido desde el comienzo de la baja. Dicha propuesta la realiza

el médico del SPS a través de la Inspección Médica mediante el modelo oficial «Informe Clínico Laboral P. 47», al que añade los informes aportados por el paciente. En ese momento se emitirá el «alta por propuesta de incapacidad permanente» (ver pregunta 54).

- **Alta por control del INSS.** Se realiza cuando la IT llega a los 365 días desde la baja médica. Esta «alta», al igual que el alta por propuesta de incapacidad, comporta que el paciente se someta a una valoración o control por parte del INSS, lo que no implica su reincorporación laboral inmediata, debe esperarse a la resolución del INSS.

El **alta por agotamiento de plazo** se producía en aquellas situaciones en las que, transcurridos 365 días de la baja más los 180 días de la prórroga de IT, se alcanzaban los 545 días de duración máxima de la prestación. Desde la entrada en vigor de la Ley 40/2007 sólo es potestad del INSS otorgar dicho período de prórroga, por lo que esta causa de alta no corresponde ya a los facultativos del SNS. La jubilación es causa de extinción del cobro del subsidio de IT, pero no es propiamente una causa legal de alta.

Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el RD 575/1997, de 18 de abril.

Orden de 18 de septiembre de 1998, por la que se modifica la de 19 junio de 1997, que desarrolla el RD 575/1997, de 18 de abril.

Art. 131 bis Ley General de la Seguridad Social (modificado mediante el art. 2 de Ley 40/2007).

Art. 13 RD 295/2009 de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.



¿Qué se considera *recaída* de un proceso anterior?

Se considera recaída si el trabajador, tras recibir el alta por curación o mejoría y reincorporarse a la empresa, es dado de baja nuevamente por la misma patología u otra similar a la que tenía, debida a la misma causa que motivó su baja

anterior, todo ello dentro de los siguientes seis meses. Es decir, una lumbalgia que se produce a los cuatro meses de haber sido dado de alta por otra lumbalgia es una recaída. Para considerar una recaída, deben cumplirse las tres condiciones mencionadas. En cambio, se considerarán nuevos procesos aunque la afección sea la misma cuando:

- la etiología que lo ha producido ha sido diferente.
- la patología se produce después de los 180 días de que el paciente haya sido dado de alta.

Para el cómputo de la duración máxima de la IT, serán acumulables todas las recaídas, es decir, todos los períodos de baja laboral con el mismo o similar diagnóstico que comiencen antes de haber transcurrido 180 días desde el alta del proceso anterior.

Cuando el paciente ha sido dado de alta tras ser valorado por el INSS, una nueva baja por el mismo proceso o similar en los siguientes 180 días es una recaída, y sólo puede ser emitida por dicha entidad gestora (INSS).

Art. 128.1 Ley General de la Seguridad Social, modificada por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.



¿Se puede dar el *alta* y la *baja* en el mismo día?

Sí que se puede. Existen dos situaciones al respecto:

- ↗ **Baja y alta emitidos el mismo día y con la misma fecha:** el trabajador es reconocido por un facultativo que emite la baja y, horas más tarde, cuando vuelve a ser reconocido, se objetiva una rápida mejoría o curación que le permite reincorporarse al trabajo. O bien el reposo de un día es suficiente, según el criterio de su médico, para recuperar la capacidad laboral.
- ↗ **Baja y alta emitidos el mismo día pero con fechas diferentes:** si el trabajador documenta la ausencia al trabajo por motivos médicos en días previos (p. ej., un ingreso) y ya puede incorporarse al trabajo, podemos

dar el mismo día la baja con fecha retrospectiva y el alta de la fecha del reconocimiento.



En procesos de *menos de tres días*, ¿basta un justificante?

Aunque los únicos documentos oficiales que justifican la ausencia al trabajo por motivos médicos son los partes de IT, se puede expedir un justificante por motivo de enfermedad por un máximo de tres días a un trabajador cuando la empresa acepte este documento. Se trata de una situación cada vez menos frecuente, pues las empresas suelen exigir desde el primer día el documento oficial. Esto se debe a que, en caso de que se trate de una contingencia común, la empresa no está obligada a pagar el subsidio por IT (salvo condiciones laborales particulares) hasta el cuarto día de ausencia, por lo que los tres primeros días corren por cuenta del trabajador (es decir, que pueden deducírsele los haberes correspondientes a esa ausencia de hasta tres días). Sin embargo, hay empresas que, según el convenio colectivo pactado, pagan el subsidio por IT a sus trabajadores desde el primer día de la baja laboral, por lo que exigirán el documento oficial.

Art. 128.1 *Ley General de la Seguridad Social, modificada por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.*



¿Puedo dar la baja a un paciente que figura en la base de datos como *beneficiario*?

No. Una persona puede estar de alta en el sistema como beneficiario porque:

- ↗ No esté dado de alta en la Seguridad Social como titular, en cuyo caso no procede la IT. Si posteriormente se diera de alta en la SS, la fecha de IT debería ser posterior a la fecha del alta.

- ↗ No haya actualizado sus datos y siga constando como beneficiario, por ejemplo de su padre, en cuyo caso debería hacer las gestiones administrativas pertinentes para que constara como titular, con número propio de la Seguridad Social. Una vez hecho esto, procederíamos a iniciar la gestión de la IT, poniendo como fecha inicial la del día en que se inició la contingencia, ya que el trabajador estaba de hecho dado de alta en la SS aunque no tuviera al día la documentación.

Otra cosa distinta es que figure como **titular pensionista**; puede serlo por viudedad o por incapacidad permanente total y estar trabajando. En estos casos sí procede la IT, pero no si se es pensionista por jubilación.

?

11

¿Se pueden dar *bajas anticipadas*?

No se pueden dar bajas anticipadas ni ningún otro parte de IT, cualquiera que sea la contingencia (común o profesional). La ley obliga a un reconocimiento del paciente previo a la emisión del parte que justifique la IT. Por tanto, salvo situaciones especiales autorizadas por la inspección médica, es un fraude emitir un documento legal que no refleje la situación actual del trabajador aunque ésta sea predecible (p. ej., un ingreso programado para una intervención quirúrgica). Además, durante el tiempo transcurrido entre la emisión del documento y la situación real incapacitante podrían darse diferentes circunstancias, desde que finalmente no se necesite la IT (p. ej., si se suspende la intervención), que se precise IT por otra causa (p. ej., un esguince de tobillo por una caída) e, incluso, que el paciente fallezca previamente a la fecha certificada.

?

12

¿Se pueden dar *bajas retroactivas*?

Respecto a las **bajas retroactivas**, la respuesta no puede ser tan contundente como con las bajas anticipadas.

La LGSS y su normativa de desarrollo (RD 575/1997) regulan la emisión del parte de baja, que se realizará después de haber reconocido al paciente. Sin embargo, no se contemplan posibles soluciones a los problemas que pueden presentarse cuando el paciente no es reconocido desde el primer día de incapacidad (bien porque no ha acudido al médico, bien porque no le han dado cita) o cuando sí que es reconocido pero, por problemas organizativos de la propia institución, no se le ha emitido la baja (p. ej., en caso de ingresos o en visitas a urgencias).

Ante estas situaciones en la práctica diaria, se opta por una u otra opción (hacer o no la IT también para días previos) en función de muchos factores. Siendo estrictos con la ley, ésta obliga a emitir la IT desde el día en que se reconoce al paciente y, en caso de que ya se haya ausentado en días previos de su puesto de trabajo, debe remitirse el caso a la inspección médica para que lo resuelva. Ésta normalmente autoriza la baja retroactiva si se acredita documentalmente la incapacidad por enfermedad o accidente lesivo.

Otra opción consiste en hacer la baja con fecha anterior al reconocimiento en aquellos casos en los que tengamos constancia fehaciente de su proceso a través de un informe de otro facultativo, así como en aquellas situaciones en las que razonablemente no apreciemos un intento de abuso del sistema por parte del usuario, al que le habría sido imposible obtener el parte de baja antes. En este caso es conveniente explicar la excepcionalidad de la medida al paciente y la necesidad de contar, si se dan circunstancias similares en el futuro, con un informe médico previo a la ausencia en el trabajo para la emisión del parte de baja desde el primer día.



¿Se puede emitir la baja si el paciente *ya ha trabajado* ese día?

Sí que se puede dar la baja a un paciente una vez que acabe su turno laboral; pero hay que tener en cuenta que ese día no va a constar como trabajado. Si el motivo de la baja es por contingencias profesionales, a efectos económicos no existirá diferencia alguna; sin embargo, si es por contingencias comunes debemos saber que el día que consta en el parte y los dos siguientes correrán a

cargo del trabajador (salvo convenio con la empresa), es decir, el paciente no lo cobrará aunque haya trabajado. La consideración del proceso de IT abarca el período existente entre las fechas de la baja y del alta, ambas inclusive.

Tal y como se desarrolla en la pregunta 11, es irregular dar un parte de IT con fecha del día siguiente, por lo que habría que citar al trabajador al día siguiente para la emisión de la baja.

?

14

¿Cuándo debe incorporarse al trabajo un paciente al que se le da el alta si hace el *turno de noche*?

Por norma, la incorporación del trabajador a la empresa debe tener lugar al día siguiente de la fecha del alta. La opinión general de cuándo debe incorporarse un trabajador de turno de noche tras el alta sería el día siguiente a la fecha del parte de alta y desde el inicio de **su horario habitual**.

?

15

¿Cuáles son las *situaciones asimiladas al alta* en los trabajadores?

Las situaciones asimiladas al alta equiparan en derechos a los trabajadores en alta efectiva, y son las siguientes:

- ↗ Situaciones asimiladas al alta en **trabajadores por cuenta ajena** son:
 - Estar percibiendo la prestación por desempleo de nivel contributivo.
 - Trabajar fuera del territorio nacional por traslado de la empresa.
 - Estar disfrutando de un período vacacional retribuido antes de la finalización del contrato de trabajo.
 - Estar regulado por el convenio especial de diputados y senadores y de gobernantes y parlamentarios de comunidades autónomas.
 - Estar cumpliendo una sanción disciplinaria (suspensión de empleo y sueldo).

- Supuestos de excedencia forzosa.
 - Supuestos de excedencia forzosa para el cuidado de hijos con reserva de puesto de trabajo de acuerdo con la legislación vigente.
 - En el caso de trabajadores que no están ya dados de alta en la Seguridad Social ni en una situación asimilada al alta, sufrir una recaída de un proceso de IT previo, **por cualquier contingencia**.
- Respecto a los **autónomos**, en los 90 días siguientes a causar baja en el régimen, éstos mantienen el derecho a seguir percibiendo la asistencia sanitaria. Sin embargo, no es una situación asimilada al alta a los efectos de tener derecho a la prestación económica de IT, según criterio reiterado del Tribunal Supremo.

■ *Art. 125 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Sentencia Tribunal Supremo (sala de lo Social). Recurso de casación para unificación de doctrina 1829/2000, de 26 de octubre de 2002. RJ 2002/2371.*

■ *Sentencia Tribunal Supremo (sala de lo Social). Recurso de casación para unificación de doctrina 1185/2002, de 20 de enero de 2003. RJ 2003/1987.*

■ *Sentencia Tribunal Supremo (sala de lo Social). Recurso de casación para unificación de doctrina 943/2002, de 3 de febrero de 2003. RJ 2004/1337.*

■ *Información sobre situaciones asimiladas al alta*
www.sn.im/somamfyc2011it-15b

?

16

¿Qué pasa si un paciente *rechaza una baja*?

Si un paciente sufre, según el criterio médico, de una patología que le impide la realización de su trabajo habitual y motiva la IT, éste **no puede rechazarla**, esté o no de acuerdo, especialmente si pone en riesgo su propia vida o salud, o bien la de sus compañeros o la de terceros relacionados con su actividad laboral. La ley no contempla el alta voluntaria como un derecho del trabajador en el caso de la incapacidad temporal. El hecho de que éste se niegue a recoger los partes no impide que esté de baja, y dicha circunstancia debe ser puesta en conocimiento de la inspección médica. La continuación de la actividad laboral le priva del derecho a la prestación económica por IT.

?

17

¿Qué pasa si un paciente *rechaza un alta*?

Un paciente que no esté de acuerdo con la emisión del alta del médico que lo atiende tiene derecho a presentar una reclamación por escrito a la inspección médica (impugnación del alta), si bien deberá incorporarse a su actividad laboral hasta la resolución del caso. Si el alta la emitió la entidad gestora (INSS o ISM) en el ámbito de su competencia al haberse cumplido los 365 días de IT, la disconformidad con el alta se manifestará en el plazo de 4 días naturales ante la inspección médica, con comunicación del trabajador a la empresa. Si se trata de un alta por accidente de trabajo emitida por una mutua, existe un procedimiento especial de reclamación que le permite «no incorporarse» a su puesto hasta la resolución del caso por parte del INSS (ver pregunta 44). Si la entidad gestora confirma el alta médica en el resolución, el trabajador deberá reintegrar las prestaciones percibidas tras el alta.

Si además se niega a recoger el documento de alta emitido, el médico responsable debe remitirlo junto con un informe explicativo de lo ocurrido a la inspección médica.

Art. 3 y 4 RD 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.

?

18

¿Puede un paciente *rechazar un tratamiento propuesto*?

Un paciente puede rechazar o abandonar un tratamiento; pero sólo mantendrá el derecho a la prestación económica si dicho rechazo o abandono se fundamenta en una **causa razonable**, por ejemplo, al rehusar tratarse quirúrgicamente una hernia cervical.

La ley determina que el beneficiario de los servicios de asistencia sanitaria debe observar las prescripciones de los facultativos que le asisten, y que «podrá ser suspendido el derecho al subsidio cuando, sin causa razonable, el beneficiario rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado». En caso de negativa del paciente, el médico responsable lo pondrá en conocimiento de la inspección médica, que determinará el procedimiento para calificar su rechazo de razonable o no según el tratamiento propuesto, en particular «si éste fuese de tipo quirúrgico o especialmente penoso».

■ *Art. 132.2 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Art. 2.4 Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.*

?

19

¿Qué pasa si el paciente pone en *riesgo su recuperación*?

En caso de que el médico responsable conozca la existencia de alguna circunstancia que podría poner en peligro la recuperación de un paciente con IT, debe poner este hecho en **conocimiento de la inspección médica**, que podrá iniciar los trámites del alta. Por su parte, la entidad gestora (INSS/ISM) o la mutua podrán denegar, anular o suspender el derecho al subsidio de la IT.

■ *Art. 132.1.a Ley General de la Seguridad Social.*

?

20

¿Se puede estar *de baja durante una huelga o cierre patronal*?

Sí que se puede estar en situación de IT durante una huelga. La diferencia estribará en la prestación económica, que se percibirá en función de cuál sea el hecho precedente:

- ↗ Si se inicia la baja médica durante una huelga legal o cierre patronal, la prestación será exclusivamente sanitaria hasta que se normalice la situación laboral, y el inicio de la prestación económica tendrá lugar al día siguiente del último día de huelga. La baja se emitirá siempre como contingencia común, bien como enfermedad común o como accidente no laboral.
- ↗ En el caso de que el trabajador haya causado baja médica con anterioridad a una huelga legal o cierre patronal, continuará percibiendo la prestación de IT, tal y como venía haciéndolo hasta entonces.

?

21

¿Cuáles son los requisitos para ser beneficiario de la prestación por IT?

Para tener derecho a la prestación económica por IT es preciso que en el momento en el que se da el proceso incapacitante en el trabajador concurren las siguientes circunstancias:

- ↗ **Estar afiliado y en alta** (o situación *asimilada al alta*, ver pregunta 15) en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, que son:
 - Régimen general.
 - Regímenes especiales: Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA).
 - Régimen Especial de los Empleados de Hogar (REEH).
 - Régimen Especial Agrario (REA).
 - Régimen Especial de la Minería del Carbón (REMC).
 - Régimen Especial de los Trabajadores del Mar (RETMAR).
- ↗ **Haber superado el período de carencia:** sólo si se trata de una **enfermedad común**, haber cotizado un mínimo de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante. En caso de accidente no laboral o cualquiera de las contingencias profesionales (accidente de trabajo o enfermedad profesional), no se precisa período de cotización previo.

- ↗ Precise asistencia sanitaria.
- ↗ Esté impedido para trabajar

■ *Art. 130 Ley General de la Seguridad Social.*



¿Cuál es la *duración máxima* de la IT? ¿Se puede *prorrogar*?

La duración máxima de la IT son 365 días, durante los cuales el médico responsable de la baja realiza el control del proceso, más una prórroga de otros 180 días (total, 545 días) si se prevé la curación durante el transcurso de los mismos.

Esta prórroga, desde la entrada en vigor de la Ley 40/2007, será concedida exclusivamente por el EVI del INSS (en Cataluña, el ICAM) si estudiado el caso consideran que es pertinente.

Por ello, actualmente, una vez transcurridos los 365 días del proceso de baja, el médico responsable da por finalizado su seguimiento y deja al INSS como organismo gestor de la IT. La situación se formaliza con el paciente mediante la emisión del documento de pase a control del INSS (ver preguntas 5 y 6).

Transcurridos estos 180 días más (hasta 545 días), y sólo si los facultativos del INSS consideran que el paciente podría recuperarse en este período, podrán dársele hasta otros seis meses de plazo, en lo que se denomina «demora de calificación». Por tanto, el tiempo máximo de IT que contempla la normativa es de hasta 730 días, los 365 días primeros bajo gestión directa del médico responsable del SPS y los 365 siguientes por gestión del INSS. En cualquier caso, la continuidad asistencial de cuidados sanitarios (de médicos y enfermería) es siempre responsabilidad del SNS, independientemente de la situación de IT.

En el caso de la enfermedad profesional, el período máximo de observación es de seis meses, prorrogables por otros seis.

Art. 128.1 y 131 bis Ley General de Seguridad Social, modificada por la Ley 26/2009 de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.

?

23

¿Puede estar de baja alguien con un contrato de *formación*?

Sí. Aunque el trabajador tenga un contrato de formación, tiene derecho a la prestación de IT en las mismas condiciones que el resto de los trabajadores de la empresa. En este caso, la base reguladora de la IT se calcula mediante el 75 % de la base mínima de cotización. Tiene protegidas todas las contingencias, esto es, contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) y contingencias profesionales (accidente y enfermedad profesional). Tiene, por tanto, derecho a todas las situaciones protegibles y prestaciones de la Seguridad Social.

Ley 488/1998, de 27 de marzo, por la que se desarrolla el art. 11 del Estatuto de los Trabajadores en materia de contratos formativos.

Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.

Guía laboral. Los contratos de trabajo: modalidades e incentivos
www.sn.im/somamfyc2011it-23c

?

24

¿Qué ocurre si un paciente está de baja por un motivo y sufre *otra patología* que alarga el proceso?

En este caso se mantendría la baja con el primer diagnóstico, aunque habría que reflejar la nueva situación en el **siguiente parte de confirmación** para informar a la inspección médica y al INSS/MATEPSS; así, sería preciso cumplimentar adecuadamente el apartado «diagnóstico de confirmación» para evidenciar que éste se añade o difiere del que se menciona en el apartado superior, «diagnóstico de baja».

No es correcto dar el alta de un proceso y, sin que medie un período de alta para el trabajo, emitir una nueva baja por la aparición de una enfermedad intercurrente o que complique la inicial. Solamente en el caso de que la nueva patología que determine la incapacidad suponga un cambio de contingencia (p. ej., pasa de accidente de trabajo a enfermedad común), habría que emitir el alta seguida de una baja con el cambio de contingencia.

?

25

¿Cabe emitir la baja para hacer que al paciente le practiquen unas pruebas diagnósticas?

Depende del tipo de prueba diagnóstica que se realice. Si por el carácter invasivo de la misma se precisa un período de reposo o incluso un ingreso hospitalario (p. ej., en una amniocentesis), sí que se justificaría un período de IT. Debe entenderse que la IT valora la «incapacidad» para trabajar debido a una patología y, en este caso, las acciones del proceso sanador podrían generar una incapacidad que la patología en estudio no había producido, así como que la IT precisa de asistencia sanitaria. Podría considerarse una especie de IT yatrógena inevitable.

La situación es diferente en el supuesto de la realización de pruebas más simples (p. ej., una analítica). En estos casos, siempre que lo precise, el paciente podrá pedir un justificante de asistencia al centro para acreditar en su empresa el tiempo de ausencia en el horario laboral.

?

26

¿Qué pasa si el trabajador sólo ha *faltado unas horas* de su puesto para recibir asistencia?

La ausencia durante unas horas de la jornada laboral para recibir asistencia sanitaria debe quedar enmarcada dentro de los convenios colectivos, y no resolverse a través de la IT. Se exige que la asistencia sanitaria esté compren-

didada dentro de las prestaciones del SNS. Se justificaría tal como se explica en el caso de la pregunta 25.

■ *Resolución de 8 de julio de 1985 de la Dirección de Régimen Jurídico de la Seguridad Social.*

■ *RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.*

?

27

¿Se puede salir de casa si se está de baja?

Sí. La situación de IT no implica la reclusión domiciliaria en todos los casos. Sólo debe permanecerse en casa cuando, dada la patología, el paciente precise de reposo domiciliario para su restablecimiento. De hecho, en algunas circunstancias salir de casa puede formar parte del plan terapéutico (p. ej., en las depresiones).

?

28

¿Se puede hacer un examen estando de baja?

Sí. No existe una prohibición específica para realizar un examen o acudir a clase estando de baja, no se vulneran las condiciones legales de IT. Sólo se puede prohibir su asistencia si ello resulta pernicioso para la situación clínica del paciente o si las actividades que el examen comporta son de similares características y duración que las del trabajo que ha dado lugar a la situación de IT.



29

¿Puede un médico de *Atención Especializada* dar una baja y hacer su seguimiento?

Sí. Cualquier médico del SPS puede dar una baja, emitir los partes de confirmación sucesivos y el alta, conforme a la LGSS. Debe ser el médico que ha reconocido al trabajador quien la emita inmediatamente después de dicho reconocimiento.

Recientemente, en algún servicio regional de salud se han dictado instrucciones administrativas para que sean sólo los médicos de familia quienes hagan los partes de IT en su ámbito territorial (Comunidad de Madrid). En estos casos, los especialistas hospitalarios que llevan al paciente deberán dar información escrita a los primeros en un plazo breve para que puedan valorar la pertinencia de la IT.

Art. 1.1. RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Art. 2 Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el RD 575/1997 de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Instrucción 1.ª de la resolución 16/2009 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria (de Madrid) por la que se dictan instrucciones para mejora la atención sanitaria integral del paciente y la continuidad del mismo en las situaciones en las que por la naturaleza del proceso patológico se precise tramitar la incapacidad laboral temporal.

II. Accidente de trabajo y enfermedad profesional

Se define **accidente de trabajo** (AT) como la lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo. Esta definición se aplica a trabajadores por cuenta ajena, a trabajadores autónomos económicamente dependientes y a trabajadores autónomos que cotizan por contingencias profesionales. Estos últimos presentan algunas peculiaridades respecto al régimen general: así, se limita la consideración de AT al 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 (no se aplica, como en el régimen general, la «presunción de laboralidad» por ser el accidente en el lugar y tiempo de trabajo) o la exclusión del accidente *in itinere*. Para los **empleados de hogar**, el accidente de trabajo y la enfermedad profesional se protege desde el 1 de enero de 2011 (ver pregunta 87), si bien a fecha de cierre de la presente publicación, aún no se ha desarrollado reglamentariamente el alcance de esta protección.

Se define **enfermedad profesional** (EP), según el art. 116 de la LGSS, como «la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro aprobado por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional». Dicho cuadro, que se recoge en el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales, entró en vigor el 1 de enero de 2007 y sustituyó al RD 1995/1978.

Para reconocer el origen profesional de una enfermedad, es necesaria la concurrencia de tres condiciones:

- La enfermedad ha de estar en el cuadro de enfermedades profesionales.
- El trabajador ha de haber estado expuesto a uno de los agentes causantes del cuadro.
- El trabajador ha de desempeñar una actividad recogida en el cuadro.

?

30

¿Todos los accidentes ocurridos en el trabajo son accidentes de trabajo?

No **todos** los accidentes ocurridos **en** el trabajo son accidentes de trabajo (ver pregunta 32). Se considera accidente de trabajo la lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo. Aunque se presumen como accidentes de trabajo todas las lesiones sufridas **durante el tiempo y en el lugar del trabajo** en el caso de trabajadores por **cuenta ajena**, se admite prueba en contrario.

En el caso de los **trabajadores autónomos no económicamente dependientes**, existen restricciones al exigirse que el accidente sea 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 (no se aplica la presunción referida en trabajadores por cuenta ajena); asimismo se excluye el accidente *in itinere*.

Se consideran, asimismo, accidentes de trabajo:

- Los ocurridos al ir o al volver del lugar de trabajo (accidente *in itinere*: accidente de trabajo producido entre el domicilio habitual del trabajador y el puesto de trabajo), excepto en los autónomos no económicamente dependientes, en los que no se considera accidente de trabajo.
- Los que sufra el trabajador al desempeñar puestos electivos de carácter sindical o los que ocurran al ir o volver del lugar donde se ejercitan las funciones propias de éstos.
- Los que ocurran al desempeñar tareas que, sin ser propias de la categoría profesional del trabajador, se ejecuten en cumplimiento de órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

- Los ocurridos en actos de salvamento cuando tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades que, aun sin ser «profesionales», 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 (ver pregunta 36).
- Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por parte del trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión del accidente.
- La imprudencia profesional del trabajador debida a la confianza que le produce el ejercicio habitual del trabajo.
- La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo. Dentro de este epígrafe se incluiría a las personas que, encontrándose en su puesto de trabajo, se vieran afectadas por un atentado terrorista (ver pregunta 33).

■ *Art. 115 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Art. 3. RD 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos.*

?

31

¿Qué es el accidente *in itinere*?

Es el accidente ocurrido al ir o al volver del trabajo, el que sucede entre el domicilio habitual del trabajador y el puesto de trabajo. No se considerará accidente de trabajo si se producen interrupciones en el camino para realizar actos ajenos al trabajo o el trabajador se dirige desde el trabajo a lugares distintos del domicilio habitual. Dentro del régimen de autónomos sólo se contempla este concepto en los trabajadores autónomos económicamente dependientes.

La jurisprudencia ha venido conformando lo que se entiende por accidente *in itinere*, con ciertas discrepancias interpretativas. En general, se requiere el cumplimiento de cuatro requisitos: teleológico (el fin del desplazamiento sea ir o volver al trabajo), mecánico (el medio de transporte sea el adecuado), cronológico (el tiempo empleado sea el normal para el desplazamiento de

acuerdo con la distancia que se va a recorrer y el medio de transporte utilizado) y topográfico (el camino utilizado sea el habitual para el recorrido).

■ *Art. 115 Ley General de la Seguridad Social.*

?

32

¿Qué accidentes *no son* considerados de trabajo?

No se considerará accidente de trabajo *in itinere* si se producen interrupciones en el camino para realizar actos ajenos al trabajo o el trabajador se dirige desde el trabajo a lugares distintos del domicilio habitual. Tampoco se reconocen las enfermedades *in itinere* (p. ej., el infarto de miocardio camino del trabajo).

Tampoco se consideran como tales los accidentes por dolo o imprudencia temeraria del trabajador. Se considera que existe «dolo» cuando el trabajador, consciente, voluntaria y maliciosamente, provoca un accidente para obtener prestaciones que se derivan de la contingencia. Es «imprudencia temeraria» cuando el accidentado desobedece normas, instrucciones u órdenes dadas por el empresario de forma reiterada y notoria en materia de Seguridad e Higiene, lo que constituye un riesgo manifiesto, innecesario y grave para la salud del trabajador.

Los accidentes ocasionados por fuerza mayor extraña al trabajador tampoco constituyen accidente de trabajo; no se consideran «fuerza mayor» la insolación, el rayo u otros fenómenos análogos de la naturaleza.

■ *Art. 115 Ley General de la Seguridad Social.*

?

33

¿Las lesiones producidas por un *atentado* terrorista ocasionan un accidente de trabajo?

Sí. Se presume que son accidentes de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo, salvo prueba de lo contrario.

No tendrán la consideración de accidentes de trabajo las lesiones debidas a «fuerza mayor» extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que no guarde ninguna relación con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente (un terremoto). Un atentado no es una situación de fuerza mayor; quizá pueda considerarse lo que se denomina «caso fortuito» (imprevisible pero evitable) y, por tanto, no se encontraría entre las situaciones excluidas.

Las lesiones causadas por un atentado terrorista se consideran **accidentes de trabajo**, siempre que se demuestre relación causal entre el atentado y la lesión.

Se discute si deben incluirse aquellos casos en los que el objeto del atentado (móvil) sea el propio trabajador. Sin embargo, el policía objeto de un atentado estará de baja por accidente de trabajo, ya que forma parte de los riesgos laborales de su actividad profesional.

■ *Art. 115 Ley General de la Seguridad Social.*



¿Qué es el documento 3-AT-19-B?

Es el parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo. El trabajador debe pedirlo a la empresa para la que trabaje (si lo hace por cuenta ajena) o al INSS (si es autónomo y cotiza por contingencias profesionales a través del INSS). Tiene un significado doble: por un lado, reconoce el accidente como de trabajo y, por otro, da garantía de que la aseguradora es el INSS. El INSS tan sólo da cobertura de contingencias profesionales a menos del 5 % de los trabajadores.

Se considera requisito para la prestación asistencial sanitaria derivada de accidente de trabajo, y si fuese causante de una IT acredita la condición de contingencia profesional. Este parte de asistencia sanitaria por accidente no debe confundirse con el parte de declaración de accidente de trabajo correspondiente para la autoridad laboral (no sanitaria).

?

35

¿Quiénes tienen *derecho a prestación* por accidente de trabajo?

- ↗ Trabajadores por cuenta ajena.
- ↗ Trabajadores autónomos económicamente dependientes (aquellos que reciben al menos el 75 % de su salario de un único pagador).
- ↗ Trabajadores autónomos que cotizan por contingencias profesionales.
- ↗ Para los empleados de hogar se contempla el accidente de trabajo desde el 1 de enero de 2011 (ver pregunta 87), si bien a fecha de cierre de esta publicación, aún no se ha desarrollado reglamentariamente el alcance de esta protección.

?

36

¿Hay «enfermedades» que pueden ser consideradas como «accidentes» de trabajo?

Sí. Algunas enfermedades también tienen consideración de accidente de trabajo:

- Las que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo y que no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales vigente (RD 1299/2006). Ha de demostrarse que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución de una actividad propia del trabajo.
- Las padecidas con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las complicaciones y enfermedades intercurrentes que modifiquen la evolución de un accidente de trabajo, así como las nuevas afecciones adquiridas en el nuevo medio en el que se haya situado el paciente para su curación (p. ej., la aparición de tromboembolismo pulmonar secundario a una fractura de tibia consecuencia de un AT).

■ *Art. 115 Ley General de la Seguridad Social.*



37

¿Quién emite el *parte de baja* en un accidente de trabajo?

Depende de la entidad gestora o colaboradora que dé cobertura al paciente en la contingencia profesional:

- Si es una mutua (MATEPSS), lo que ocurre en la mayoría de los casos, el paciente será derivado a ésta para que realice el seguimiento del proceso y la emisión de la IT si procede.
- Si la entidad gestora es el INSS, será el médico del SPS el que realice el seguimiento del paciente y la emisión de la IT tras presentar éste el parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo (3-AT-19-B). Este documento lo emite la empresa, y, por un lado, reconoce el accidente como de trabajo y, por otro, da una garantía de que la entidad gestora es el INSS, y el SNS el prestatario de la asistencia.
- En el régimen de autónomos, si el trabajador cotiza por contingencias profesionales en el INSS (lo que es infrecuente), el proceso será el descrito para el régimen general, con la salvedad de que el 3-AT-19-B le será proporcionado en el Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) más próximo cuando su entidad gestora sea ésta. En el caso de tener cubierta la contingencia profesional con una mutua, no es necesario la presentación del modelo 3-AT-19-B, la mutua emitirá la baja.
- Si el trabajador autónomo no cotiza por contingencia profesional, el proceso será tramitado como accidente no laboral.

■ *Arts. 41, 68 y 126 Ley General de la Seguridad Social.*



38

¿Hay diferencias entre los partes de baja y confirmación por accidente de trabajo y el resto?

↗ Existen algunas diferencias:

- Los partes médicos de baja y alta deben ser por contingencias profesionales (modelo P.9/11), aunque los destinos y plazos de remisión son idénticos a los de la contingencia común.

- El primer parte de confirmación (modelo P.9/5) se emitirá al día 8 de la baja y posteriormente con periodicidad semanal. Con el tercer parte de confirmación y, posteriormente, cada cuatro semanas se deberá informar sobre la evolución del proceso (apartado «Informe complementario a cumplimentar» del modelo P.9/5).

➤ Conviene recordar que:

- El primer día de la baja es el primer día que el trabajador no ha acudido a su puesto de trabajo, no el día que ocurrió el accidente (ambos hechos pueden coincidir o no); el propio modelo de parte de baja/alta (P.9/11) diferencia los apartados de ambos ítems.
- Se requiere por parte de la empresa un parte de asistencia por accidente de trabajo (3-AT-19-B) cuando la contingencia esté asegurada por el INSS.

?

39

¿Cuánto tiempo se puede mantener como máximo la baja por accidente de trabajo?

La baja se mantendrá hasta que se produzca una mejoría del proceso que permita la realización de su trabajo habitual (o cualquiera de las otras causas legales de alta) con una duración máxima de 365 días. A partir de esta fecha, el paciente pasa a control del INSS (con el documento que le informa de este cambio de gestión de la IT y que no supone un alta) (ver pregunta 22).

■ *Art. 128 Ley General de la Seguridad Social.*

?

40

¿Se deben remitir siempre a la *Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)* los accidentes de trabajo?

Dependerá de si la entidad gestora que da cobertura al paciente en las contingencias profesionales es la mutua o no.

- Si es la mutua, el paciente debe ser derivado a ésta para que realice el seguimiento del proceso y la emisión de la IT, si procede.
- En caso de que la entidad gestora sea el INSS, será el médico de familia (de forma preferente, pero no únicamente) el que realice el seguimiento del paciente y la emisión de los partes de baja, confirmación y alta tras presentar el paciente el parte de asistencia por accidente de trabajo (3-AT-19-B) que debe emitir la empresa (o el trabajador autónomo que tenga derecho) reconociendo el accidente como de trabajo.



41

¿Quién proporciona las **prestaciones** en caso de accidente de trabajo?

La entidad gestora o colaboradora que dé cobertura al trabajador. Si la entidad gestora es el INSS o el ISM, serán éstas las que verifiquen que se cumplen los requerimientos legales necesarios para acceder al derecho a la prestación económica y la proporcionen, mientras que el facultativo del SNS (y el médico de familia como primer eslabón) será el responsable de la prestación sanitaria.

En el caso de que la entidad que protege al trabajador sea una mutua u otra entidad colaboradora, será ésta la encargada de proporcionar tanto las prestaciones económicas (si así se ha verificado) como las sanitarias, lo que incluye el acceso a pruebas complementarias, tratamiento, rehabilitación y seguimiento y, en caso de invalidez, gastos de la pensión.

■ *Art. 126 Ley General de la Seguridad Social.*



42

¿Qué pasa si **la mutua deniega** la baja por accidente de trabajo?

Si la mutua deniega una baja por AT y el médico de familia considera que sí podría constituir un caso de AT, este último deberá expedir la baja por acci-

dente no laboral (ANL) o enfermedad común con carácter subsidiario. Posteriormente se pondrán en conocimiento de la inspección médica los hechos para que ésta solicite, si así lo considera oportuno, un expediente de determinación de contingencia ante el INSS. Para reforzar el procedimiento de determinación de contingencia es recomendable que el trabajador reclame ante la mutua su denegación, a fin de incluir dicha reclamación con el resto de la documentación clínica y administrativa acreditativa del origen profesional de la IT.

Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social.

RD 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.

?

43

¿Se puede cambiar el carácter de la contingencia una vez se ha iniciado el proceso de IT?

Sí se puede. Si, una vez iniciada la baja, el médico de familia entiende que su origen es un accidente de trabajo, se facilitará un informe médico al trabajador para que lo aporte a la mutua, con objeto de que asuma la baja y la asistencia del paciente. Si la mutua lo acepta, se notificará el hecho a la inspección médica para que realice los trámites oportunos que lleven a anular la baja emitida con anterioridad. Pero si la mutua discrepa, se mantendrá la baja por contingencia común y se comunicará el desacuerdo a la inspección médica para que inicie un expediente de determinación de contingencia.

Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social.

RD 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.



44

¿Qué alternativas tiene un paciente dado de alta por la mutua después de un accidente de trabajo y que *no* está conforme con la misma?

El médico de familia sólo puede emitir la baja por accidente de trabajo cuando la entidad gestora responsable de la prestación del trabajador sea el INSS y siempre que el paciente haya aportado el parte de asistencia por accidente de trabajo (3-AT-19-B).

Por dicho motivo, si el médico de la mutua le deniega la baja o emite el alta al paciente por considerar que se trata de una contingencia común o porque considera que el paciente puede reincorporarse a su puesto de trabajo, existen varias opciones:

- El paciente, si no está de acuerdo con el alta emitida y está dentro de los cuatro días naturales siguientes al alta, puede presentar ante la entidad gestora (INSS o ISM) competente el **procedimiento administrativo especial de revisión** de dicha alta. El paciente dispone de esos cuatro días naturales para presentar la solicitud de revisión del alta médica, en la que debe exponer los motivos de disconformidad con dicha alta. La entidad gestora comunicará a la mutua el inicio del procedimiento para que en un plazo de dos días hábiles informe sobre las causas que motivaron el alta. La mutua podrá pronunciarse reconociendo la improcedencia del alta médica, lo que motivará el archivo inmediato del procedimiento iniciado por el interesado ante la entidad gestora. El director provincial del INSS o ISM dictará en un plazo máximo de 15 días, desde la aportación de la documentación por parte de la entidad colaboradora y tras un informe del EVI, una resolución que podrá confirmar el alta médica, mantener la situación de IT derivada de contingencia profesional o bien determinar de una nueva fecha de alta si el interesado ha recuperado la capacidad laboral durante el procedimiento. Mien-

tras tanto, **el mero inicio del procedimiento suspende los efectos del alta médica** emitida, por lo que se entiende prorrogada la situación de IT derivada de contingencia profesional y se mantiene, por tanto, el abono de la prestación sin perjuicio de que posteriormente, si la entidad gestora confirma el alta médica, deban considerarse indebidamente percibidas las prestaciones económicas que se hubieran abonado al interesado a partir de la fecha establecida en la resolución.

- Por su parte, el médico de familia, tras reconocer al paciente, emitirá baja si considera que es pertinente por la incapacidad laboral. La hará, con carácter subsidiario, por contingencia común, aun si discrepa del criterio de la mutua. Posteriormente puede instar a la inspección médica a que inicie un expediente de determinación de contingencia ante el INSS.

■ *Gestión y control de IT: impugnaciones*
www.sn.im/somamfyc2011it-44a

■ *Art. 4 RD 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.*

?

45

¿Cuál es el *tiempo máximo* que se puede mantener una incapacidad temporal por enfermedad profesional?

El tiempo máximo es idéntico al descrito para el accidente de trabajo (ver pregunta 39), como también la cuantía del subsidio que será del 75 % de la base reguladora para contingencia profesional desde el día siguiente a la baja médica y hasta el día del alta (ver preguntas 22 y 52).

■ *Orden ministerial, Ministerio de Trabajo, 9 de mayo de 1962.*

?

46

¿Qué requisitos son necesarios para que se reconozca una enfermedad profesional?

Una enfermedad profesional es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, o por cuenta propia de tener protegidas las contingencias profesionales. Para reconocer el origen profesional de una patología se deben dar tres condiciones:

- La enfermedad ha de estar incluida en el vigente cuadro de enfermedades profesionales.
- El trabajador ha de haber estado expuesto a uno de los agentes causantes del cuadro.
- El trabajador ha de desempeñar una actividad recogida en el cuadro.

Art. 116 del RDL 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

?

47

¿Quién se encarga de la gestión y del tratamiento de las enfermedades profesionales?

Los facultativos del SNS que, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tengan conocimiento de la existencia de una enfermedad profesional lo comunicarán a la mutua, al INSS o a ambos; de igual modo lo harán los facultativos de los

servicios de prevención. Es competencia del SNS determinar que existen síntomas de enfermedad profesional que, **sin constituir incapacidad temporal**, aconsejan el traslado del trabajador a otro puesto de trabajo exento de riesgo o su baja en la empresa cuando el traslado no fuera posible (RD 2609/1982).

La entidad gestora o la mutua que asuma la protección de las contingencias profesionales, de entender que se trata de una enfermedad profesional, está obligada a elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional, tanto si se produce baja como si no. Ello sin perjuicio del deber de las empresas o de los trabajadores por cuenta propia que dispongan de cobertura por contingencias profesionales de facilitar a aquéllas la información que obre en su poder y les sea requerida para la elaboración de dicho parte. Será esta entidad quien asuma el diagnóstico y tratamiento del trabajador afectado. La gestión de las enfermedades profesionales puede ser asumida por una mutua o por el INSS. Sin embargo, la calificación de la enfermedad profesional corresponde al INSS.

Art. 3.3 RD 2609/1982, de 24 de septiembre, sobre evaluación y declaración de las situaciones de incapacidad permanente en la Seguridad Social.

Art. 5 RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

?

48

¿Qué se debe hacer si se sospecha o diagnostica una enfermedad profesional?

Si el médico de familia tiene conocimiento o sospecha de la existencia de una enfermedad profesional debe comunicarlo a la mutua o al INSS, según corresponda en los procedimientos establecidos en su comunidad autónoma. Igualmente si el médico descubre una situación de riesgo en el trabajo debe comu-

nicárselo a la que proceda de dichas entidades. La calificación de la enfermedad profesional corresponde al INSS.

Art. 3 RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.



49

¿Qué prestaciones económicas y sanitarias se derivan de una enfermedad profesional?

- Prestaciones por incapacidad temporal.
- Prestaciones por lesiones permanentes no invalidantes.
- Prestaciones por incapacidad permanente.
- Prestaciones por muerte y supervivencia.
- Prestaciones recuperadora y de readaptación profesional (tratamiento sanitario, orientación profesional, formación profesional).

En el caso de enfermedad profesional, el subsidio se abonará desde el día siguiente al de la baja en el trabajo y correrá a cargo de la entidad gestora o colaboradora encargada de la gestión de las contingencias profesionales, siendo su cuantía del 75 % de la base reguladora. El salario íntegro correspondiente al día de la baja está a cargo del empresario.

El contenido de la **prestación sanitaria** comprende la asistencia médica encaminada a la reparación íntegra del daño causado, asistencia farmacéutica (recetas gratuitas modelo P.3/6, de color azul) y prestaciones complementarias totalmente gratuitas, prestaciones ortopédicas y transporte sanitario. Es responsabilidad de la entidad gestora o colaboradora encargada de la gestión de las contingencias profesionales aportar los recursos para ello.

En cuanto a los **reconocimientos médicos**, todas las empresas que deban cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedad profesional están obligadas a practicar reconocimientos médicos previos a la admisión de quienes vayan a ocuparlos y a realizar posteriormente reconocimientos periódicos. Estos reconocimientos son obligatorios y gratuitos para el trabajador.

En cuanto a las **medidas protectoras** especiales asociadas a la enfermedad profesional, se incluyen los traslados de puesto de trabajo. En caso de descubrir algún síntoma de enfermedad profesional que no constituya IT pero cuya progresión sea posible evitar mediante el traslado del enfermo a otro puesto de trabajo exento de riesgo, se deberá llevar a cabo dicho traslado dentro de la misma empresa sin que este cambio afecte a las retribuciones que venía percibiendo el trabajador.

- *Art. 45 de la orden ministerial de 9 de mayo de 1962.*
- *Arts. 128.1.b, 133.2, 196 y 197 de la Ley General de la Seguridad Social.*
- *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.*

?

50

¿Quién tiene derecho a que le reconozcan una enfermedad profesional?

Son beneficiarios de la asistencia sanitaria y de las prestaciones económicas correspondientes los trabajadores que sufran una enfermedad profesional según los requisitos citados (pregunta 46) y que pertenezcan al Régimen General de la Seguridad Social, Régimen Especial Agrario (REA), Régimen Especial de la Minería del Carbón (REMC), Régimen Especial de los Trabajadores del Mar (RETMAR), Régimen Especial de Trabajadores de Hogar (pendiente de desarrollo reglamentario) y al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) que hayan asegurado este riesgo. Estos trabajadores también tienen derecho al reconocimiento de la enfermedad profesional por haber estado expuestos, una vez dados de baja de la Seguridad Social, al ser una situación asimilada al alta a efectos de la enfermedad profesional.

?

51

¿Qué es el período de observación?

Se considera período de observación el tiempo que es necesario para el estudio médico y la determinación del agente causante de la enfermedad profesional,

cuando hay necesidad de aplazar su declaración, a fin de poder asegurar el diagnóstico de la misma.

Durante este período pueden darse dos supuestos:

- El trabajador puede continuar realizando su trabajo.
- El trabajador se encuentra en situación de IT en observación por enfermedad profesional hasta que se determina la etiología.

El período de observación tiene una duración máxima de seis meses. El INSS puede prorrogar este período otros seis meses cuando se estime necesario para el estudio y determinación del diagnóstico. Al finalizar este tiempo, el trabajador pasará a la situación que proceda de acuerdo con su estado: curación, IT por enfermedad profesional o calificación del grado de IP que proceda.

■ *Arts. 128.1.b y 133 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Art. 1.1c RD 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.*

■ *Gestión y control de IT: duración prórrogas y recaídas*
www.sn.im/somamfyc2011it-51d



52

¿Qué ocurre si a un trabajador se le diagnostica una enfermedad profesional y la empresa no tiene la posibilidad de cambiarlo de puesto de trabajo?

Si no existe la posibilidad de un traslado, el trabajador debe ser dado de baja en la empresa, previa conformidad de la inspección del trabajo, e inscrito con carácter preferente para ser colocado por la oficina de empleo. Mientras no esté ocupado, el trabajador tiene derecho a percibir un subsidio equivalente a su salario íntegro.

El tiempo máximo de percepción de este subsidio es de 30 meses: 12 meses a cargo de la empresa, 6 meses a cargo del ente asegurador y 6 meses prorrogables por otros 6 a cargo del régimen de desempleo.

En el caso de que el agente nocivo que genera la enfermedad profesional esté extendido en todo el ámbito de trabajo (lo que no permitiría el cambio de puesto), deberán iniciarse los trámites necesarios para una propuesta y declaración de IP.



53

¿Tienen las empresas con riesgo de enfermedad profesional la obligación de practicar *reconocimientos médicos*?

Las empresas que deban cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedad profesional están obligadas a practicar, a su cargo, reconocimientos médicos previos a la admisión de quienes vayan a ocuparlos, así como a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad establezcan las normas. Son reconocimientos obligatorios y gratuitos para los trabajadores. El incumplimiento de estas obligaciones por parte de la empresa la convierte en responsable directa de todas las prestaciones económicas que puedan derivarse en caso de enfermedad profesional.

■ *Arts. 14.2, 16.2 y 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.*

■ *Arts. 196 y 197 Ley General de la Seguridad Social.*

III. Incapacidad permanente

Se define la **incapacidad permanente (IP)** como la situación a la que pasa un trabajador cuando, por motivos de enfermedad (común o profesional) o accidente (de trabajo o no), ve reducida su capacidad laboral de forma definitiva. No obstante, puede resolverse IP de carácter **revisable**, si es posible, una mejora que permita al trabajador reincorporarse a su trabajo habitual; generalmente se indica el período máximo de revisión (2 años) y puede conllevar si así se indica la reserva del puesto de trabajo. Previamente, de ser posible, deberá haber estado sometido al tratamiento prescrito, a pesar del cual persistirán secuelas anatómicas o funcionales graves, objetivables y permanentes, como consecuencia de las cuales habrá quedado disminuida su capacidad laboral. La IP conlleva una prestación económica que pretende compensar las pérdidas salariales debidas a la imposibilidad de realizar un trabajo remunerado.



54

¿Cuándo debe solicitar el médico de familia la IP?

El médico de familia puede solicitar la IP en cualquier momento a partir de la emisión del primer parte de IT, si bien no es requisito indispensable para solicitar una IP, y siempre antes de que se cumplan los 12 meses de IT. Después de ese período, sólo puede tramitarla el propio INSS, el ISM o la entidad colaboradora (mutua). Si se prevé que no va a existir curación, el médico de familia debe tramitar el modelo P.47 de informe clínico laboral (ICL) a la inspección médica. En él reflejará la situación clínica del paciente e informará de que ha agotado las posibilidades de recuperación, para lo que aportará todos los in-

formes pertinentes. La importancia de este primer informe radica en que sobre él se basa el resto del procedimiento clínico-administrativo para una eventual resolución de IP por parte del INSS. El médico emitirá el alta por «Propuesta de incapacidad permanente», bien al tiempo de emitir el P. 47, bien cuando la Inspección Médica le comunique que ha aceptado su tramitación, conforme a las instrucciones recibidas por la Inspección de su Servicio Regional de Salud.

■ *Arts. 128 y 136 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Circular del Insalud 1/1997 Control de Incapacidad Temporal por Enfermedad Común y Accidente no Laboral.*

■ *Art. 4 RD 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.*

?

55

¿Quién puede solicitar la IP?

La solicitud de IP puede instarla el **médico de familia** ante la inspección médica, que la tramitará al INSS. También puede solicitarla el propio **trabajador** ante el INSS, incluso aunque no haya estado ni un solo día de baja por IT, para lo que deberá aportar la información clínica pertinente. Asimismo, puede iniciar el procedimiento de oficio la entidad gestora (INSS, ISM) o la entidad colaboradora (MATEPSS).

■ *Art. 4. RD 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.*

?

56

Cuando la inspección médica cursa una *propuesta* de IP, ¿se deben seguir entregando partes de *confirmación*?

No. Se debe emitir el alta por «propuesta de IP» con la fecha que indique inspección médica. El INSS abrirá un expediente que culminará con la resolución de que concede o bien deniega la IP.

Durante ese período de tiempo, no se entregarán partes de confirmación. Si la resolución del INSS fuese denegatoria y la incapacidad persistiera, cabe continuar con la IT hasta completar los 365 días, según resuelva la resolución del INSS. El tiempo entre el alta por propuesta de IP y la resolución denegatoria del INSS no se computa como tiempo de IT, aunque se mantienen los efectos económicos de la IT.



57

¿Cuáles son los *requisitos* para solicitar una IP?

- ↗ Ser menor de 65 años en el momento del hecho causante o bien no reunir los requisitos para la jubilación con una pensión contributiva (sólo en el caso de contingencias comunes).
 - ↗ Estar afiliado a la SS y de alta (o situación asimilada al alta) en el momento del cese de la actividad por la enfermedad o accidente, excepto en caso de IP por enfermedad profesional. No obstante, en situación de IP absoluta o gran invalidez por contingencias comunes, se permite que el trabajador no se encuentre de alta en el momento de la enfermedad o accidente.
 - ↗ Período mínimo de cotización:
 - Si la IP es consecuencia de un **accidente (de trabajo o no laboral) o una enfermedad profesional, no se exige** tiempo mínimo de cotización.
 - En los casos de enfermedad común:
 - Si el trabajador tiene menos de 31 años, la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió 16 años y la fecha de comienzo de la enfermedad (lo que se conoce como «el hecho causante»).
 - Si el trabajador tiene más de 31 años, la cuarta parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que haya cumplido 20 años y el día de la enfermedad, con un mínimo de 5 años. En este supuesto, al menos la quinta parte del período de cotización exigible deberá estar comprendida dentro de los 10 años inmediatamente anteriores al comienzo de la enfermedad.
- En el caso de IP parcial, el período mínimo de cotización será de 1.800 días, que deberán estar comprendidos en los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha en la que se haya extinguido la IT de la que se derive la incapacidad permanente. Para contratos a tiempo parcial, de relevo o fijo-discontinuo se computan las cotizaciones en función de las horas trabajadas.

■ *Art. 138 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Incapacidad permanente: www.sn.im/somamfyc2011it-57b*

?

58

¿Qué se entiende por *profesión habitual*?

En caso de accidente (de trabajo o no laboral), se considera «profesión habitual» la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrir dicho accidente.

En caso de enfermedad (común o profesional), es la profesión a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la fecha en la que se inició la IT que desembocó en IP, o bien aquella a la que pudiera ser destinado dentro del mismo grupo profesional.

■ *Art. 137.2 Ley General de la Seguridad Social.*

?

59

¿Qué son las *lesiones permanentes no invalidantes*?

No constituyen una IP. Son lesiones, mutilaciones o deformidades definitivas ocasionadas por **accidente de trabajo o enfermedad profesional** (no se reconocen en contingencias comunes) por las que se percibe una indemnización a tanto alzado (pago único). No llegan a alcanzar una IP en ninguno de sus grados. La lesión debe suponer una disminución o alteración de la integridad física del trabajador, pero no ser invalidante para el trabajo. Las indemnizaciones se fijan mediante un baremo.

■ *Art. 150 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (TAS) 1040/2005, de 18 de abril.*



¿Cuántos tipos o grados de IP existen?

Existen varios grados de IP según el grado de afectación de la capacidad laboral:

- ↗ Incapacidad permanente parcial (IPP).
- ↗ Incapacidad permanente total (IPT).
- ↗ Incapacidad permanente absoluta (IPA).
- ↗ Gran invalidez (GI).

Cada uno de ellos puede derivar de una contingencia común o profesional.

■ Art. 137.1 Ley General de la Seguridad Social.



¿En qué se diferencian las incapacidades permanentes *parcial*, *total*, *absoluta* y *de gran invalidez*?

La **IPP** es aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona una disminución igual o superior al 33 % del rendimiento normal para la profesión habitual, del 50 % en el caso de los trabajadores autónomos, sin que ello impida desarrollar las tareas fundamentales de la misma. Se puede seguir trabajando incluso en el mismo puesto en que se venía haciéndolo. Se indemniza con un solo pago.

La **IPT** es aquella que impide al trabajador realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual, pero le permite dedicarse a otra profesión. Puede seguir trabajando en otro empleo, y recibe una indemnización del 55 % de la base reguladora (BR).

La **IPT** puede ser **calificada** cuando el trabajador sea mayor de 55 años y, a su falta de preparación, se le sumen unas circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia que permitan presumir que tendrá dificultades para obtener empleo en una actividad diferente de la habitual, en cuyo caso pasará

a percibir el 75 % de la BR mientras no realice ninguna actividad, bien por cuenta ajena, bien por cuenta propia. El incremento del 20 % quedaría en suspenso si el trabajador realizara algún trabajo por cuenta propia o ajena.

La **IPA** es la incapacidad que impide por completo al trabajador desarrollar cualquier profesión u oficio. Se percibe el 100 % de la BR. No impide el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión.

La **GI** es la situación de un trabajador con IPA pero que, además, debido a sus limitaciones, necesita la asistencia de otra persona para tareas básicas de la vida (vestirse, comer, desplazarse, etc.). Se percibe el 100 % de la BR más un complemento para retribuir a la persona que le asiste. Ello no impedirá el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión (ver pregunta 62).

Art. 137, apartados 3, 4, 5 y 6 y 141 apartado 2 de la Ley General de la Seguridad Social.

?

62

¿Se puede seguir trabajando en situación de IP?

En el caso de **IPP**, se puede seguir trabajando en cualquier profesión, incluso en la misma que el trabajador tenía en el momento de la enfermedad o accidente.

En el caso de **IPT**, se puede trabajar en una profesión **diferente** a la que se tenía en el momento de la incapacidad.

No se puede trabajar con **IPT cualificada** cuando se percibe un 20 % adicional por ser mayor de 55 años y se está en una situación de especial dificultad para emplearse; dicho incremento quedaría en suspenso si el trabajador realizara algún trabajo por cuenta propia o ajena.

Con la **IPA** y **GI** tampoco se puede trabajar, generalmente. Sin embargo, la percepción de alguna de estas pensiones no impide el ejercicio de actividades compatibles con el estado de invalidez, sean lucrativas o no, siempre que **no representen cambios** en la capacidad de trabajo a efectos de revisión. Por ejemplo, un conductor que se hubiese quedado ciego y hubiese sido clasificado con IPT cualificada, IPA o GI podría tener un trabajo remunerado vendiendo cupones de la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), sin perder por ello su prestación por IP en el grado que le correspondiese, dado que su capacidad para el trabajo no habría variado.

■ *Art. 141 Ley General de la Seguridad Social.*



¿Cuánto se **cobra** en situación de IP?

- Con la **IPP** se cobra un tanto alzado (pago único) equivalente a 24 mensualidades de la BR.
- Con la **IPT** se cobra el 55 % de la BR. En menores de 60 años puede sustituirse por una cantidad a tanto alzado. Los autónomos optan entre la pensión o el tanto alzado.
- Hay una modalidad de **IPT cualificada** en que se cobra el 75 %, siempre que los trabajadores sean mayores de 55 años y las circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia o la falta de preparación de los trabajadores hagan especialmente dificultosa su reubicación laboral.
- Con la **IPA** se cobra el 100 % de la BR.
- Con la **GI** se percibe el 100 % de la BR más un **complemento** que está destinado a retribuir a la persona que atiende al inválido. Anteriormente, la cuantía del complemento adicional era del 50 %; en la actualidad se calcula sumando el 45 % de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30 % de la última base de cotización del trabajador.

En todos estos casos, cuando se trate de contingencias profesionales en las que se determine alguna **responsabilidad del empresario**, bien sea por lesiones ocasionadas por máquinas o por instalaciones en malas condiciones, o cuando la empresa no hubiese observado las medidas de seguridad e higie-

ne laboral adecuadas, la cuantía aumentará un **30-50%** según la gravedad de la falta. Este recargo corre por cuenta del empresario infractor y no puede ser cubierto por ningún seguro, contrato o pacto que pretenda eludir dicha responsabilidad. Asimismo, este recargo es compatible con cualquier multa derivada de la infracción. Si existiera un proceso penal abierto, el expediente de incapacidad quedaría en suspenso hasta que se dictara sentencia firme.

El complejo cálculo de la BR se recoge en el art. 140 de la LGSS para las contingencias comunes y en el art. 60 del Reglamento de Accidentes de Trabajo para las contingencias profesionales.

■ *Arts. 139-140 Ley General de la Seguridad Social.*

?

64

Si un paciente que tiene concedida una IPP o IPT vuelve a trabajar, ¿se le puede dar una baja por IT o está prohibido?

Como está desempeñando otro trabajo distinto de la profesión habitual previa (o incluso el mismo con la IPP), **sí** que se le puede dar la baja por cualquier motivo que interfiera con su nuevo empleo. No cabría la IT si se tratara de la misma secuela ya valorada para la incapacidad sin agravación de la misma.

?

65

¿Puede el trabajador cambiar la pensión de la IP por una cantidad en un pago único?

Esta posibilidad está contemplada de manera excepcional en el caso de trabajadores a los que se les reconozca una IPT y sean menores de 60 años. Para los autónomos es opcional.

■ *Art. 139.2 Ley General de la Seguridad Social.*

Art. 4.3 RD 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, y la ampliación de la prestación por IT para los trabajadores por cuenta propia.

?

66

¿Quién decide si se concede o no la IP?

El facultativo del INSS, tras el reconocimiento médico del trabajador, elabora el denominado «informe médico de síntesis» (IMS), que se aporta al EVI (en Cataluña, al ICAM) del INSS para que elabore el correspondiente «dictamen-propuesta», que a su vez se elevará al director provincial del INSS para que resuelva el expediente con la resolución expresa. En ella deberá constar la concesión o no de la IP y el grado de la misma, así como el plazo a partir del cual puede instarse la revisión por agravamiento o mejoría. Dicha resolución es recurrible por el interesado de acuerdo con la Ley de Procedimiento Laboral.

■ *Art. 143 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Art 2.o Ley 36/2011, de 10 de octubre, Reguladora de la Jurisdicción Social.*

?

67

Una vez transcurridos los 365 días en situación de IT, ¿quién puede solicitar una IP?

Cumplidos los 365 días de baja («pase a control del INSS»), sólo el INSS, o el interesado, pueden instar un expediente de propuesta de IP. Los facultativos del Sistema Público de Salud (inspección médica, médico de familia u otros médicos) pierden esta facultad.

■ *Art. 128.1.a Ley General de la Seguridad Social modificada por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.*



68

¿Qué pasa si a un paciente le *deniegan* la IP? ¿Puede volver a una situación de IT por el mismo proceso?

En caso de denegación de la propuesta de IP, pueden darse varias situaciones diferentes:

- El paciente aún no ha agotado el plazo de 12 meses de IT, y el INSS o ISM le deniegan la propuesta de IP. En este caso, el médico de familia puede reconocer al paciente, valorar si persiste la incapacidad para la realización de su trabajo y emitir, si procede, una nueva baja. La nueva IT se considerará recaída y se acumulará al proceso anterior a efectos de plazos en caso de que sea por la misma patología u otra similar a la que ocasionó la primera baja. Anteriormente se contaba también el tiempo del proceso de paso por el EVI/ICAM como tiempo con IT a fin de computar el máximo de 365 días, pero sentencias judiciales contrarias a esa interpretación han variado el criterio del INSS, de modo que, en la actualidad, sólo se acumulan los períodos de IT puros (ver pregunta 56) comprendidos entre la emisión del parte de baja y el parte de alta. Durante el período de paso por el EVI/ICAM se **mantienen los efectos económicos** de la IT. Si el paciente, por el contrario, no obtiene un nuevo parte de IT, deberá reincorporarse a su puesto de trabajo.
- Ha transcurrido el plazo de 365 días y el INSS o ISM ha desestimado la propuesta de IP. En este caso, el paciente debe reincorporarse a su puesto de trabajo, y sólo el INSS o ISM podrá volver a emitir una baja en el plazo de 180 días por el mismo motivo u otro similar. En estos casos, si el INSS o el ISM, al valorar la IP, comprueba que no se puede reconocer por falta de carencia, suele resolver la denegación de la IP y la prórroga de la IT hasta los 545 días desde su inicio.
- La denegación de la IP se verifica transcurridos 545 días de la baja (365 días más la prórroga de 180). El paciente deberá entonces incorporarse a su puesto de trabajo y el médico de familia no podrá dar una nueva baja por el mismo motivo en los seis meses siguientes. El único organismo competente para emitir nueva baja por el mismo motivo será el INSS.

Art. 128.1.a y 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social, modificado por Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.

Disposición Adicional 52ª de la Ley General de la Seguridad Social, introducida por la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.



69

¿Tiene el trabajador con IP derecho a que le guarden su puesto de trabajo?

Durante el período que dura la tramitación de la IP, el trabajador conserva su derecho a volver al mismo puesto de trabajo. En la resolución que determine la IP constará el plazo en que es posible la revisión de la incapacidad por mejoría (y que, presuntamente, permitiría su reincorporación). Habitualmente, ese plazo es de dos años, pero puede ser inferior. La reserva del puesto de trabajo se extiende durante esos dos años siguientes a la concesión de la IP, **siempre que en la resolución del INSS se haga constar la obligación de reserva de puesto de trabajo**, bien expresamente, bien con mención del artículo 48 del Estatuto de los Trabajadores. A partir de la revisión de los dos años, al confirmarse la IP, se pierde el derecho a regresar al antiguo puesto de trabajo, aun cuando el trabajador mejore de su incapacidad en el futuro.

Art. 48.2 RDL 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

IV. Autónomos, empleados de hogar y otros regímenes especiales

Entendemos por «trabajador autónomo» o empresario individual aquella persona física que realiza de forma habitual, personal y directa una actividad económica a título lucrativo, sin sujeción a contrato de trabajo, aunque utilice el servicio remunerado de otras personas. La afiliación tiene lugar a través del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA). Desde 2011 se establece la integración de este régimen dentro del Régimen General de la Seguridad Social, desapareciendo como régimen especial, si bien al cierre de esta obra está aún pendiente su desarrollo reglamentario.

Mediante el Régimen Especial de los Empleados de Hogar (REEH) se filian a la SS los empleados del servicio doméstico que trabajan para uno o varios empleadores, con peculiaridades en la forma de aseguramiento, pago de cotizaciones y prestaciones a las que tienen derecho.

- ↗ Existen otros regímenes especiales y mutualidades, entre los que destacan:
 - Régimen Especial de Trabajadores del Mar (RETMAR).
 - Régimen Especial Agrario (REA). También queda integrado en el Régimen General a partir de 2012.
 - Régimen Especial de la Minería del Carbón (REMC).

- ↗ También existen tres mutualidades que gestionan tres regímenes especiales, que se rigen por leyes específicas:
 - Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE).
 - Mutualidad General Judicial (MUGEJU).
 - Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

■ *Art. 10 Ley General de la Seguridad Social.*

■ *Disposición Adicional 39 de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, de modernización del Sistema de Seguridad Social.*

■ *Ley 28/2011, de 22 de septiembre, por la que se procede a la integración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen General de la Seguridad Social.*

?

70

¿Qué es un trabajador autónomo *económicamente dependiente*?

Son aquellos trabajadores por cuenta propia que realizan una actividad económica o profesional a título lucrativo y de forma habitual, personal, directa y predominante para una persona física o jurídica, denominada «cliente», del que dependen económicamente por percibir de él, al menos, el 75 % de todos sus ingresos por rendimientos de trabajo y de actividades económicas o profesionales. Estos trabajadores deben asegurar obligatoriamente en la cobertura de la IT los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional, teniendo en su caso el accidente *in itinere* la consideración de accidente de trabajo.

Estos trabajadores autónomos económicamente dependientes deben cumplir una serie de requisitos:

- No tener a su cargo a trabajadores por cuenta ajena ni contratar o subcontratar parte o toda la actividad con terceros, tanto respecto de la actividad contratada con el cliente del que depende económicamente como de las actividades que pudiera contratar con otros clientes.
- No ejecutar su actividad de manera indiferenciada con los trabajadores que presten servicios bajo cualquier modalidad de contratación laboral por cuenta del cliente.
- Disponer de infraestructura productiva y material propios, necesarios para el ejercicio de la actividad e independientes de los de su cliente, cuando en dicha actividad sean relevantes económicamente.

- Desarrollar su actividad con criterios organizativos propios, sin perjuicio de las indicaciones técnicas que pudiese recibir de su cliente.
- Percibir una contraprestación económica en función del resultado de su actividad, de acuerdo con lo pactado con el cliente y asumiendo el riesgo y ventura de aquélla.

Entre estos trabajadores autónomos económicamente dependientes no se incluyen a los profesionales o los autónomos que tienen un establecimiento abierto al público.

La diferencia con el resto de los autónomos es que estos trabajadores deberán incorporar obligatoriamente dentro del ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social la cobertura de IT por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

■ *Art. 11-18 y 26 Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajador Autónomo.*



¿Tienen derecho todos los autónomos a percibir una prestación económica por IT?

Todos los autónomos pueden percibir una prestación económica por IT siempre que:

- Estén dados de alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta.
- Estén al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social (se les permite la liquidación en el momento del hecho o bien a través de la invitación al pago).
- Tengan cotizado un período mínimo de 180 días en los últimos 5 años, exigible sólo en el caso de enfermedad común, (no en accidente profesional o no, ni en enfermedad profesional).

■ *Art. 124 Ley General de la Seguridad Social.*

?

72

¿Tienen todos los autónomos la obligación de contar con una *cobertura por contingencias comunes*?

La cotización por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) se convirtió en obligatoria desde el 1 de enero de 2008, siempre que no se tuviera derecho a dicha prestación en razón de la actividad realizada en otro régimen de la Seguridad Social, por ejemplo, si se desarrollara también un trabajo por cuenta ajena.

Tampoco es necesaria si se opta por inscribirse en la mutualidad de previsión social que tenga constituida el colegio profesional al que se pertenezca, y que actúe como alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA). Esto es lo que ocurre, por ejemplo, con los profesionales médicos con actividad privada, mutualistas de entidades constituidas por sus respectivos colegios oficiales de médicos.

■ *Art. 26 Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajador Autónomo.*

?

73

¿Es obligatoria la *cobertura por contingencias profesionales* en el régimen de autónomos?

Es voluntaria, salvo para los autónomos económicamente dependientes, para los que sí es obligatoria. También lo será en el futuro para los autónomos que realicen una actividad de especial siniestralidad, si bien en la actualidad está pendiente un desarrollo reglamentario que enumere dichas actividades. Es requisito indispensable para cubrirla que previa o simultáneamente se haya solicitado cobertura de la IT por contingencias comunes.

A partir del 1 de enero de 2013 se llevará a cabo una ampliación de la cobertura por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de modo que se generalice la protección por dichas contingencias, pasando a formar parte de la acción protectora de todos los regímenes que integran el sistema de Seguridad Social, si bien con respecto a los trabajadores que causen alta a partir de esta fecha.

Art. 7. *Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.*

Art. 26 y disposición adicional tercera *Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajador Autónomo.*

RD 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.



74

¿Qué entidad da cobertura a la prestación económica por IT a un autónomo, una mutua o el INSS?

Desde 1998 es obligatorio que la cobertura por IT de todos los autónomos asegurados se realice a través de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). Para trabajadores autónomos asegurados antes de esa fecha es posible que la cobertura corresponda al INSS.

RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

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 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el reglamento sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social aprobado por RD 1993/1995, de 7 de diciembre.

?

75

Si un autónomo cotiza a través de una mutua y precisa una baja laboral por contingencia común, ¿hay que derivarle a la mutua?

No, en contingencias comunes no existe diferencia entre el régimen general y el de los trabajadores por cuenta propia. El médico del SPS será el encargado de decidir el inicio y el final de la IT, ya que la prestación sanitaria depende de él (utiliza la IT como una medida terapéutica más).

La mutua se encargará de la prestación económica; además, sus servicios médicos pueden citar al paciente, realizar el seguimiento de la IT, proponer a la inspección médica el alta y la IP, así como proponer la realización de pruebas complementarias diagnósticas y tratamientos, de acuerdo con la legislación.

Disposición adicional 51.ª Ley General de la Seguridad Social (según la modificación introducida por la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo).

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.

?

76

¿A partir de qué día los autónomos tienen derecho a la prestación económica por IT?

Desde el cuarto día en contingencias comunes y desde el día siguiente a la baja en contingencias profesionales, igual que los trabajadores por cuenta ajena (en éstos, el cobro del día 1 por la IT por CP corre a cargo del empresario, que en el caso del autónomo es él mismo). No es cierto que empiecen a cobrar desde el día 16, como ocurría antes del año 2003.

La prestación económica por contingencias comunes se concede a partir del cuarto día y por el 60% de la base reguladora hasta el vigésimo día de la baja, y posteriormente por el 75%. La prestación por contingencias profesionales se concede desde el día siguiente de iniciarse la IT y será del 75% de la base reguladora.

RD 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, así como la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.

?

77

Si un trabajador autónomo sufre un accidente de trabajo y *no cotiza por contingencias profesionales*, ¿cómo se tramita la IT?

Se tramitará como una IT por accidente no laboral (contingencia común) a través del SNS; no se derivará a la mutua ni se tramitará como accidente de trabajo, ya que al no haber optado su protección sólo cabe baja por contingencia común. Igualmente, tiene derecho a una asistencia sanitaria, sin que quepa solicitar el reintegro de gastos al trabajador autónomo, ya que éste tiene cubierta la contingencia como común.

La cobertura por contingencias profesionales sólo es obligatoria en los trabajadores autónomos económicamente dependientes.

?

78

Si un trabajador autónomo sufre un accidente de trabajo y *sí cotiza por contingencias profesionales*, ¿cómo se tramita la IT?

Si se cotiza a través de una mutua, se deriva al paciente a la misma para que ésta realice el seguimiento del proceso y emita el parte de IT, si procede. En este caso, es la mutua quien proporciona la prestación sanitaria y económica del proceso.

Si se cotiza a través del INSS (aseguramiento antes de 1998), será el médico del SNS quien realice el seguimiento y emita, si procede, el parte de baja, previa presentación del parte de asistencia por accidente de trabajo (modelo 3-AT-19-B). Este documento, mediante el que la empresa reconoce el accidente, es recogido, en el caso de los autónomos, por ellos mismos en la oficina del INSS-CAISS y autocumplimentado. En este caso, es el SNS el que proporciona la asistencia sanitaria, y el INSS, la prestación económica.

?

79

¿Es suficiente que un trabajador autónomo nos asegure que cotiza por contingencias profesionales para emitirle una baja por accidente de trabajo?

No. Si la cobertura por contingencias profesionales es a través del INSS, deberá presentar al médico de Atención Primaria el parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo (modelo 3-AT-19-B). Si la cobertura es a través de una mutua, el trabajador acudirá al centro asistencial de la mutua más próximo, donde comprobarán si cotiza por dicha contingencia antes de emitir el parte de IT, si procede, aparte de prestar la asistencia sanitaria que le corresponda. Si se presentara en un centro del SNS, debería remitirse a la mutua, tras una primera asistencia cuando fuera necesaria.

?

80

Si un autónomo *con cobertura* para contingencias profesionales sufre un accidente *in itinere*, ¿tiene derecho a baja laboral por contingencia profesional?

Sólo los autónomos económicamente dependientes tienen reconocido el accidente de trabajo *in itinere*. El resto de los trabajadores autónomos, aunque coticen por contingencias profesionales, no lo tienen reconocido y, si procede, la IT será emitida por accidente no laboral (ANL).

?

81

Si un autónomo tiene contratado *un seguro de accidentes* con una entidad aseguradora, ¿tiene derecho a IT por accidente de trabajo?

No. Los autónomos voluntariamente pueden contratar seguros privados para mejorar sus ingresos económicos durante la IT. El médico emitirá la IT que

corresponda según la cobertura asegurada por el autónomo con el sistema de la Seguridad Social y, por otra parte, el trabajador podrá reclamar ante su seguro privado en función de la póliza que tenga contratada, para lo que deberá aportar la justificación del parte de IT.

?

82

¿Qué se entiende por *trabajadores domésticos* con prestación de servicio de manera *exclusiva*?

Son los empleados del hogar que prestan sus servicios para un empleador determinado durante más de la mitad de la jornada laboral, que es el equivalente a 80 horas mensuales o más.

?

83

¿Qué se entiende por *trabajadores domésticos* a tiempo *parcial* o *discontinuos*?

Son los empleados del servicio doméstico que trabajan en más de una vivienda. Es necesario que la prestación de servicios sea, como mínimo, de 72 horas al mes distribuidas en al menos 12 días, así como que no se trabaje de manera exclusiva en ningún hogar 80 horas mensuales o más, dado que en este supuesto se trataría de trabajadores domésticos con prestación de servicio de manera exclusiva (al prestar sus servicios para un empleador durante más de la mitad de la jornada laboral).

?

84

¿Quiénes están *incluidos* en el *Régimen Especial de Empleados de Hogar (REEH)*?

Estarán incluidos en este régimen especial, en calidad de empleados de hogar, todos los trabajadores, cualquiera que sea su sexo y estado civil, que reúnan los siguientes requisitos:

- Que sean mayores de 16 años.
- Que presten servicios exclusivamente domésticos para uno o varios titulares del hogar familiar, o bien a un grupo de personas que, sin constituir una familia, convivan en el mismo hogar con carácter familiar.
- Que estos servicios sean prestados en la casa que habite el titular del hogar familiar y demás personas que componen el hogar.
- Que perciba por este servicio un sueldo o remuneración de la clase que sea.

Los empleados de hogar españoles residentes en el extranjero y que estén al servicio de representantes diplomáticos, consulares y funcionarios del Estado destinados oficialmente fuera de España, podrán solicitar su inclusión en este régimen especial, que les será otorgado siempre que reúnan los demás requisitos exigidos.

Régimen Especial de Empleados de Hogar

www.sn.im/somamfyc2011it-84a

RD 1424/1985, de 1 de agosto, que regula la relación laboral especial del servicio del hogar familiar.

Disposición Adicional 39 de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social.

?

85

¿Quiénes están excluidos del Régimen Especial de Empleados de Hogar?

- Parientes del titular del hogar familiar por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, excepto familiares del sexo femenino de sacerdotes célibes que convivan con ellos.
- Prohijados o acogidos de hecho o de derecho.
- Personas que prestan servicios amistosos, benévolos o de buena vecindad.
- Conductores de vehículos de motor, al servicio de particulares, jardinería y guardería, cuando dichas actividades no formen parte del conjunto de tareas domésticas, pues deben estar afiliados al régimen general de la Seguridad Social.

Régimen Especial de Empleados de Hogar

www.sn.im/somamfyc2011it-84a

Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

?

86

¿Quién debe llevar a cabo la *afiliación* de un empleado de hogar?

Si trabaja en una casa de forma exclusiva, es el empleador el que debe hacer el trámite de afiliación en la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS). Por el contrario, en caso de trabajadores discontinuos, la afiliación y el alta en la Seguridad Social corresponde al propio trabajador, quien abonará la totalidad de las cuotas. Las bases de cotización se determinan en función de la retribución percibida, conforme a la escala establecida en la Ley 27/2011.

Altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores
www.sn.im/somamfyc2011it-86a

Art. 49 RD 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el reglamento general sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos en la Seguridad Social.

Disposición Adicional 39ª de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.

?

87

¿A qué *prestaciones* tienen derecho los *trabajadores domésticos* que estén *afiliados* y *en alta* en la *Seguridad Social*?

Los trabajadores incluidos en el Sistema Especial para empleados de hogar tienen derecho a las prestaciones de la Seguridad Social en los términos establecidos en el Régimen General, con determinadas particularidades. Desde el 1 de enero de 2011 se ha ampliado la acción protectora con la incorporación de las prestaciones por contingencias profesionales que antes no existía, aún pendiente de desarrollo reglamentario. Sin embargo, no comprende la prestación por desempleo.

Las prestaciones incluyen:

- Asistencia Sanitaria.
- Subsidio por Incapacidad Temporal.
- Pensión por Incapacidad Permanente.
- Prestación por Maternidad.
- Prestación por Riesgo durante el Embarazo y Riesgo en la Lactancia.
- Pensión de jubilación y de viudedad u orfandad.

Art. 28 Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre, que regula la incapacidad temporal en el Régimen Especial de Empleados de Hogar.

Prestaciones y pensiones de trabajadores
www.sn.im/somamfyc2011it-87b

Disposición Adicional 39ª, Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social.

?

88

¿A partir de qué día de IT cobra el subsidio un empleado de hogar?

A partir del 1 de enero de 2012, el subsidio de IT por *enfermedad común o accidente no laboral* se abona a partir del **noveno día** de la baja directamente a cargo de la entidad gestora (no cabe el pago delegado), estando a cargo del empleador el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al octavo de la citada baja, ambos inclusive. En *contingencias profesionales* se percibe desde el día siguiente a la baja (pendiente de desarrollo reglamentario). Durante este período, el empleador no abona el salario correspondiente, corriendo a cargo de la entidad gestora o mutua el pago directo; pero sí debe seguir cotizando a la Seguridad Social.

La cuantía diaria del subsidio resulta de aplicar el 75% a la correspondiente base reguladora. La gestión y el control de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales se llevarán a cabo por la MATEPSS con la que se haya formalizado tal cobertura.

Disposiciones adicionales 17ª, 39ª 3b y 3c, y 40ª de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.



¿Tienen los empleados de hogar derecho a la prestación por *maternidad* y *riesgo durante el embarazo*?

En el caso de maternidad, este régimen está asimilado al régimen general, tanto para las trabajadoras que lo hacen de manera exclusiva para un hogar como las trabajadoras discontinuas, por lo que cuenta con las mismas ventajas:

- Dieciséis semanas de descanso, de las cuales, como mínimo seis tienen que ser posteriores al parto.
- Durante esas 16 semanas, se cobra la prestación económica del 100% de la base reguladora, y se hace con el sistema de pago directo, es decir, paga directamente el INSS a la trabajadora.
- También tienen derecho al subsidio por riesgo durante el embarazo y la lactancia. Éste se cobra cuando el tipo de trabajo que se realiza supone un riesgo para el embarazo y no hay posibilidad de cambiar de puesto de trabajo. Para ello es necesario la declaración del empleador sobre la imposibilidad de cambiar de puesto de trabajo. En estas trabajadoras son típicas las situaciones en que se han de cargar peso, así como el ortostatismo prolongado y las posturas forzadas necesarias para realizar algunas tareas del hogar, lo que se considera causa de riesgo a partir de las semanas 18-22 de embarazo, según la SEGO (2008).

Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Madrid 2008.

Formato word en www.sego.es.

www.sn.im/somamfyc2011it-89a

Formato en pdf en www.navarra.es

www.sn.im/somamfyc2011it-89b

RD 295/2009, de 6 de enero, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

?

90

¿Qué otros regímenes especiales existen?

Los regímenes de afiliación a la Seguridad Social actualmente son los siguientes:

- Régimen General (RGSS), de los trabajadores por cuenta ajena.
- Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA).
- Régimen Especial de los Empleados de Hogar (REEH), recientemente integrado en el Régimen General.
- Régimen Especial Agrario (REA), recientemente integrado en el Régimen General.
- Régimen Especial de Minería del Carbón (REMC).
- Régimen Especial de Trabajadores del Mar (RETMAR).

Los funcionarios de la Administración civil del Estado (MUFACE, Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado), los funcionarios de la Administración de Justicia (MUGEJU, Mutualidad General Judicial) y los militares (ISFAS, Instituto Social de las Fuerzas Armadas) tienen una regulación específica de esta prestación y unos documentos oficiales distintos que son aportados por el propio trabajador (al igual que ocurre con sus talonarios de recetas personales).

■ *Art. 9 y 10 Ley General de la Seguridad Social.*

?

91

¿Quiénes están incluidos en el Régimen Especial Agrario (REA)?

Están incluidos en este régimen los trabajadores mayores de 16 años que realicen labores agrarias con carácter retribuido por cuenta **ajena**, dentro del ámbito de organización y dirección de otra persona física o jurídica. Incluye trabajadores agrícolas y ganaderos, pastores, guardas rurales, trabajadores ocupados en riego, tareas pecuarias, forestales, etc.

El 1 de enero de 2012 este régimen desaparece como tal y se integra dentro del Régimen General de la SS, quedando como un *Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Ajena Agrarios*, equiparándose en derechos y deberes con el resto de trabajadores por cuenta ajena. Quedan incluidos los trabajadores por cuenta ajena y los empresarios a los que presten sus servicios. Los trabajadores agrarios *por cuenta propia* estaban excluidos de este régimen, quedando ya integrados desde el 1 de enero de 2008 en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia (Autónomos).

Para percibir el subsidio por IT deben encontrarse prestando servicios en una empresa agraria en la fecha en que se inicie la enfermedad común o se produzca el accidente no laboral, a menos que se trate de trabajadores fijos o eventuales en situación de desempleo. Además, es necesario estar al corriente en el pago de las cuotas a la SS. La prestación de IT la paga directamente la entidad gestora o MATEPSS, no existiendo la posibilidad del pago delegado, salvo en el caso de trabajadores que perciban prestación contributiva por desempleo. Durante los períodos de inactividad, se mantienen las prestaciones económicas por maternidad, paternidad, incapacidad permanente y muerte y supervivencia derivadas de contingencias comunes, así como jubilación.

Art. 6. *Ley 28/2011, de 22 de septiembre, por la que se procede a la integración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen General de la Seguridad Social.*

Decreto 2123/1971, de 23 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de las Leyes 38/1966, de 31 de mayo, y 41/1970, de 22 de diciembre, por las que se establece y regula el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social.

Decreto 3772/1972, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social.



92

¿Qué características tiene el *Régimen Especial de Trabajadores del Mar (RETMAR)*?

Se incluyen en este régimen:

- ↗ Trabajadores por cuenta ajena, retribuidos con un salario o a la parte, empleados en cualquiera de las siguientes actividades:
 - Marina mercante.
 - Pesca marítima en cualquiera de sus modalidades.
 - Extracción de otros productos del mar.
 - Tráfico interior de puertos y embarcaciones deportivas y de recreo y practicaje.
 - Trabajos de carácter administrativo, técnico y subalterno de las empresas dedicadas a las actividades anteriores.
 - Trabajo de estibadores portuarios.
 - Servicio auxiliar sanitario y de fonda y cocina prestado a los emigrantes españoles a bordo de las embarcaciones que los transportan.
 - Personal al servicio de las cofradías de pescadores y sus federaciones, así como de las cooperativas del mar.
 - Cualquier otra actividad marítimo-pesquera cuya inclusión en este régimen esté determinada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- ↗ Los armadores de embarcaciones de más de 10 toneladas o que lleven enrolados más de cinco tripulantes, si figuran en el rol y perciben como retribución por su trabajo una participación en el Monte Menor o un salario como tripulante, quedan asimilados a trabajadores por cuenta ajena, salvo a efectos de desempleo. Los prácticos de puerto que, para la realización de su actividad de practicaje, se constituyan en corporaciones de prácticos de puerto o entidades que las sustituyan, se asimilan a trabajadores por cuenta ajena salvo a efectos de las prestaciones por desempleo y del Fondo de Garantía Salarial (FOGASA).
- ↗ Trabajadores por cuenta propia que realizan de forma habitual, personal y directa alguna de las actividades que a continuación se enumeran, siempre que la misma constituya su medio fundamental de vida:
 - Armadores de embarcaciones que no excedan de 10 toneladas de registro bruto, no lleven más de cinco personas enroladas incluido el armador, y en las cuales éste vaya enrolado como técnico o tripulante.

- Los que se dediquen a la extracción de productos del mar.
- Los rederos que no realicen sus faenas por cuenta de una empresa pesquera determinada.

Tienen cobertura tanto de contingencias comunes como profesionales. La prestación se reconoce en los mismos términos y condiciones que en el régimen general de la Seguridad Social.

En el caso de los trabajadores por cuenta propia, éstos han de encontrarse al corriente en el pago de las cuotas y deben presentar una declaración sobre la persona que gestione la actividad o, en su caso, el cese temporal o definitivo de la misma.

A efectos de la inclusión en este régimen, se presumirá que estas actividades constituyen su medio fundamental de vida y que de las mismas se obtienen ingresos para atender sus propias necesidades y de la unidad familiar, aun cuando se realicen otros trabajos no específicamente marítimos, determinantes o no de su inclusión en otro régimen, con carácter ocasional o permanente.

Se pueden incluir el cónyuge y los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, afinidad o adopción del trabajador si conviven y dependen económicamente de él, salvo que sean trabajadores por cuenta ajena.

Decreto 2864/1974, de 30 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de las leyes 116/1969, de 30 diciembre, y 24/1972, de 21 de junio, por el que se regula el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores del mar.

Régimen Especial de Trabajadores del Mar
www.sn.im/somamfyc2011it-92b



93

¿Qué características tiene la gestión de la IT en la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)?

Para la tramitación de la IT, en MUFACE se dispone de partes específicos: **parte inicial**, **partes sucesivos** (que son los que se emiten antes de que se cumplan los tres meses completos de baja), **partes de confirmación** (del cuarto mes en adelante) y **parte de alta**.

- ↗ Parte inicial: el procedimiento se inicia con el parte n.º 1, en el que debe constar el diagnóstico codificado según la CIE-9-MC en todas las copias y literal en la primera, así como la duración aproximada de la baja. Tiene tres copias, una para el funcionario y dos para la empresa, que aquél debe entregar en ésta antes del cuarto día del inicio de la baja.
En el caso de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo, el funcionario/a se quedará con el original (ejemplar que pone en el lateral «Ejemplar para el/la MUTUALISTA») y entregará las dos copias a la dirección del centro o al órgano de gestión de personal que le corresponda (dirección o delegación provincial). Éste archivará una copia y remitirá a MUFACE la segunda copia cuando se llegue al cuarto mes de baja, si es que se alcanza.
- ↗ Partes sucesivos: el parte n.º 2 se emite antes del día 15 del mes si el inicial se emitió del día 1 al 10, o antes del último día hábil de cada mes si el inicial se emitió a partir del día 11. Después, los partes n.ºs 3 al 6 o 7 deben ser quincenales. Si no hay cambios en la situación clínica se indicará «sin variaciones». El paciente debe entregarlos en su organismo al día siguiente de su expedición.
- ↗ Partes de confirmación: el primer parte de confirmación se emite el día en que comienza el cuarto mes de baja o el siguiente día hábil. El segundo parte de confirmación se emite antes del final del mes en curso si el primero se emitió entre el día 1 y el 20, y si se emitió entre el 21 y el final de mes, el último día hábil del mes siguiente. Los siguientes partes de confirmación serán mensuales.

Es necesario asociar un informe específico en los siguientes partes:

- ↗ Parte de confirmación anterior al cumplimiento del año de baja (n.ºs 15 o 16): hay que indicar la situación clínica y la posibilidad de curación en los seis meses siguientes, con objeto de que se prorrogue el subsidio de MUFACE.
- ↗ Parte de confirmación anterior a los 18 meses de baja (n.ºs 21 o 22): hay que indicar si es conveniente iniciar el proceso de jubilación por IP o mantener la situación de IT.
- ↗ Parte de alta: es el mismo modelo que el de baja (tres copias: una para el funcionario y dos para el órgano de gestión de personal). El paciente debe entregarlo el día hábil siguiente a su expedición. Para reincorporarse no es estrictamente necesario presentar el parte de alta.

En cuanto al **riesgo durante el embarazo**, se utiliza el mismo modelo de parte de baja que para la enfermedad o los accidentes. Se da el parte de baja antes de cumplir los cuatro días de ausencia en el trabajo por riesgo durante el embara-

zo. Al llegar al tercer mes, si se hubiera previsto una duración inferior y persistiera la situación de riesgo, se debería emitir un nuevo parte acreditativo, y al llegar al cuarto mes, otro nuevo parte de baja, sin que sea preciso posteriormente emitir partes de confirmación mensuales.

Finalmente, en relación con la tramitación del **descanso por maternidad**, el parte dispone de original y copia, que deben entregarse antes del cuarto día hábil desde que se inicia el permiso. La duración es de 16 semanas, prorrogables dos semanas por cada hijo más a partir del segundo hijo, y es obligatorio utilizar seis semanas después de la fecha probable de parto, mientras que el resto de semanas pueden disfrutarse después o antes del parto, a elección de la madre. La madre puede ceder parte de su permiso al padre.

Los médicos del INSS desempeñan las mismas funciones de seguimiento y control que con los trabajadores del régimen general desde que la orden PRE 1744/2010 sustituye a la Orden APU 2210/2003.

Desde el 1 de enero de 2011 los funcionarios públicos y personal de nuevo ingreso se incluyen en el Régimen General de la Seguridad Social.

Orden PRE 1744/2010, de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

Art. 20 del Real Decreto Ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomento de la inversión y la creación de empleo.



94

¿Qué características tiene el régimen especial de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU)?

MUGEJU es un organismo público con personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio y tesorería propios, así como autonomía de gestión en los términos establecidos para los organismos autónomos en la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

Tiene como finalidad gestionar y prestar de forma unitaria los mecanismos de cobertura del sistema de mutualismo judicial a todos los miembros de las carreras, cuerpos y escalas de la Administración de Justicia, así como a los funcionarios en prácticas al servicio de dicha Administración y a los del cuerpo de letrados de carrera que integran el cuerpo de letrados del Tribunal Constitucional. Depende del Ministerio de Justicia, al que corresponde su dirección estratégica y evaluación y control de los resultados de su actividad.

- ↗ Entre las prestaciones cabe destacar:
- Asistencia sanitaria.
 - Prestación farmacéutica.
 - Subsidio por incapacidad temporal.
 - Prestaciones recuperadoras por incapacidad permanente, total y gran invalidez.
 - Prestaciones sociales.
 - Prestación por hijo minusválido a cargo.
 - Subsidio por maternidad en caso de parto múltiple, así como ayuda por tercer o sucesivos hijos.

Texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, aprobado por RDL 3/2000, de 23 de junio.

RD 3283/1978, de 3 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento de MUGEJU.

Resolución de 24 de febrero de 2005 de MUGEJU por la que se ordena la publicación de determinadas circulares reguladoras de prestaciones de MUGEJU.

Mutualidad General Judicial (MUGEJU)
www.sn.im/somamfyc2011it-94d

?

95

¿Qué características tiene el régimen especial del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)?

ISFAS es el organismo encargado de gestionar el régimen especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Guardia Civil.

El subsidio por IT sólo está previsto para los funcionarios civiles, por consistir en un subsidio compensatorio de la pérdida de retribuciones complementarias por enfermedad o accidente desde el cuarto mes de licencia. El personal militar con insuficiencia temporal de condiciones psicofísicas mantiene sus derechos económicos en los términos previstos en la legislación reguladora de su régimen.

Los informes serán cumplimentados por el médico que corresponda a la modalidad asistencial del afiliado, y cada uno constará de dos ejemplares:

- El ejemplar 1 (para el interesado) de cada uno de los informes que se vayan haciendo será presentado en todas las ocasiones al médico que realice los sucesivos reconocimientos.
- El ejemplar 2 se entregará al órgano de personal, como muy tarde, al cuarto día desde el inicio de la situación (en el caso del informe inicial) o al día siguiente hábil desde su expedición (en el caso de informes sucesivos o de alta).

El contenido de cada informe servirá de asesoramiento al órgano de personal para la expedición de la oportuna licencia o de sus prórrogas, en el caso de IT de funcionarios civiles. En los supuestos de bajas temporales de miembros del servicio militar profesional, la utilización de estos partes se hará de acuerdo a lo establecido por la Instrucción 169/2001, de 31 de julio, del subsecretario de Defensa, o por la normativa que la sustituya, y para el personal de la Guardia Civil, de acuerdo a la Orden General n.º 11, de 18 de septiembre de 2007, de la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil.

Informes de enfermedad o accidente:

- ↗ **Informe inicial:** se expedirá antes de que se alcance el cuarto día de ausencia continuada en el puesto de trabajo y no se produzca la reincorporación; deberá cumplimentarse siempre el código del diagnóstico y la duración estimada de la incapacidad.
- ↗ **Informes sucesivos** (hasta alcanzarse el fin del tercer mes de incapacidad): se emitirán secuencialmente antes del día 15 y del último día hábil de cada mes. Se anotará el código del diagnóstico y la duración estimada de la baja o incapacidad solamente si hay variación respecto del parte anterior.
- ↗ **Informes de confirmación:** el primero se emitirá el primer día hábil en el que comience el cuarto mes desde que se inició la incapacidad, y continuarán emitiéndose mensualmente antes del último día hábil de cada mes. Se anotará el código del diagnóstico, la duración estimada de la incapacidad desde el primero de estos informes y, en el apartado de «datos específicos según contingencia», las limitaciones de la capacidad funcional del interesado y, si guarda relación con ella, el tratamiento prescrito.

A partir del segundo informe de confirmación suscrito por el mismo facultativo, si no varían las circunstancias de salud, podrá indicarse «sin variaciones» en dicho apartado. Las dolencias padecidas y su evolución se consignarán exclusivamente en el espacio reservado para ello.

- ↗ **Informe de alta:** deberá consignarse en el apartado «datos específicos según contingencia» el resultado del reconocimiento y la causa del alta.

RD 1726/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento general de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

RDL 1/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.



96

¿Qué características tiene el Régimen Especial de la Minería del Carbón (REMC)?

En este régimen especial se incluyen los trabajadores por cuenta ajena que prestan sus servicios a empresas que realizan las siguientes actividades relativas a la minería del carbón:

- Extracción de carbón en las minas subterráneas.
- Explotación de carbón a cielo abierto.
- Investigaciones y reconocimientos.
- Aprovechamiento de carbones y aguas residuales con materias carbonosas.
- Escogido de carbón en escombreras.
- Fabricación de aglomerados de carbón mineral.
- Hornos de producción de coque (con exclusión de los pertenecientes a la industria siderometalúrgica).
- Transportes fluviales de carbón.
- Actividades secundarias o complementarias de las anteriores.

Están excluidos los trabajadores de los demás sectores mineros que pertenecen al régimen general de la Seguridad Social. Se aplican las mismas normas que en el régimen general.

Régimen Especial de la Minería del Carbón
www.sn.im/somamfyc2011it-96

V. Entidades que participan en la gestión y control de la incapacidad temporal

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): entidad gestora de la Seguridad Social (SS) dotada de personalidad jurídica, que gestiona y administra las prestaciones económicas del sistema de la SS, con la excepción de las atribuidas al IMSERSO o a los servicios competentes de las comunidades autónomas y las derivadas del Régimen Especial de Trabajadores del Mar (RETMAR).

Como órganos colegiados de asesoramiento dentro del INSS están los **equipos de valoración de incapacidades (EVI):** unidades especializadas constituidas en cada dirección provincial del INSS, de la que dependen orgánicamente y funcionalmente. Se encargan de formular el dictamen-propuesta en los expedientes de IP, teniendo en cuenta el informe médico de síntesis elaborado por los facultativos de la dirección provincial del INSS y el informe de antecedentes profesionales. Tras las reformas normativas de los últimos años referentes a la IT, también han asumido responsabilidades en las propuestas de resolución relativas a la IT.

Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas, ICAM): es un organismo autónomo de carácter administrativo, adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Tiene personalidad jurídica propia, autonomía administrativa y financiera y plena capacidad de obrar en el ejercicio de sus funciones. Se encarga del control, la inspección, la evaluación y el seguimiento de los procesos médicos y sanitarios correspondientes a las prestaciones del sistema de la Seguridad Social en materia de incapacidades laborales. Además, se ocupa en los procedimientos de asignación de puestos de trabajo de segunda actividad, de las evaluaciones médicas de los funcionarios de los diferentes cuerpos o escalas de la Administración de la Generalitat cuyos puestos de trabajo requieren unas condiciones físicas o

psíquicas especiales de acuerdo con la normativa aplicable, y también de la evaluación de las personas trabajadoras con posible incapacidad para ejercer adecuadamente las funciones propias de su puesto de trabajo, si procede, sin perjuicio de las funciones que tienen encomendadas los servicios de prevención; igualmente se encarga de las evaluaciones médicas de las personas con posible incapacidad funcional para el ejercicio de determinadas actividades, de acuerdo con la normativa sectorial aplicable, así como de elaborar informes y dictámenes que evalúen la adecuación de las actuaciones sanitarias del sistema sanitario de cobertura pública a la buena práctica profesional, en el marco de los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

Instituto Social de la Marina (ISM): entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, de ámbito nacional y que actúa bajo la dirección y tutela del Ministerio de Trabajo e Inmigración; está adscrita a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Le corresponde la gestión del sistema de Seguridad Social de los trabajadores del RETMAR.

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) son asociaciones privadas de empresarios que carecen de ánimo de lucro y actúan mancomunadamente basándose en el principio de solidaridad, de carácter voluntario, pues el empresario puede optar entre formalizar la cobertura de los accidentes de trabajo con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social o asociarse a una mutua. Las mutuas están autorizadas por el Ministerio de Trabajo e Inmigración y sometidas a su vigilancia y tutela, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, y están constituidas con el principal objetivo de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de poder realizar para sus asociados otras prestaciones, servicios y actividades que les sean legalmente atribuidas. Su colaboración en la gestión de la Seguridad Social comprende las siguientes actividades:

- La gestión integral de las Contingencias Profesionales (el accidente de trabajo y la enfermedad profesional) donde las mutuas abordan la prevención para evitar que se produzcan, la dispensación de la asistencia sanitaria personalizada del accidentado para contribuir al completo restablecimiento del trabajador que ha sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, cubriendo sus necesidades económicas mientras este se recupera mediante el pago de una prestación económica, para terminar rehabilitando y reinsertando al trabajador de nuevo en el mundo laboral. Dentro de la gestión integral de las Contingencias Profesionales está incluido el abono de la prestación por Riesgo durante el Embarazo y Riesgo durante la Lactancia Natural.

- El abono de la prestación económica derivada por una Incapacidad Temporal por Contingencia Común (accidente no laboral y enfermedad común), donde además del abono de la prestación económica, las mutuas realizan el seguimiento personalizado de cada caso, pudiendo adelantar las pruebas médicas que contribuyan a la pronta recuperación del trabajador afectado.
- El abono de la prestación económica por el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
- La gestión de la prestación por cese de actividad de los trabajadores autónomos que comenzará a abonarse a finales de 2011.

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA): mediante el RD 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, se consideró imprescindible la adaptación del Instituto Nacional de la Salud en una entidad de menor dimensión, pero que conservara la misma personalidad jurídica, su **naturaleza de entidad gestora de la SS** y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD. Esta entidad, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las ciudades de Ceuta y Melilla y de la realización de cuantas actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios.

Servicios Regionales de Salud (SRS): nuestro actual sistema sanitario público surge históricamente en el marco de los Seguros Obligatorios de Enfermedad, integrados jerárquicamente en el Instituto Nacional de Previsión (INP). Más tarde, la creación del INSALUD agrupó el conjunto de la estructura de oferta pública de la sanidad proveniente del INP. Completada la Transición democrática, la Constitución y la Ley General de Sanidad (LGS) contribuyeron a la transformación del sistema de Seguridad Social en el Sistema Nacional de Salud (SNS). La LGS otorgó a las comunidades autónomas la responsabilidad exclusiva de la organización de sus servicios de salud, que se inició en 1981 en Cataluña y finalizó el 1 de enero de 2002, con el traspaso del INSALUD a las comunidades autónomas, excepto Ceuta y Melilla, integradas en el INGESA. Cada SRS cuenta con su propia organización, forma de gestión y planificación de recursos. Así, once comunidades autónomas tienen definido su SRS como «organismo autónomo» de carácter administrativo, con personalidad jurídica propia adscrito al Departamento de Sanidad (Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Navarra y La Rioja) y seis comunidades autónomas han optado por configurar sus SRS como «entes públicos» (Asturias, Baleares, Cataluña, Madrid, Murcia y País Vasco). Por tanto, la descentralización del SNS ha

conformado 17 SRS con amplios grados de autonomía en organización y gestión. Entre las competencias de los SRS está la gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales, lo que incluye la gestión de la IT, la gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.

■ *Arts. 57 y 67 Ley General de la Seguridad Social.*

?

97

¿Cuáles son las causas de *denegación, anulación y suspensión de IT*?

El derecho puede ser denegado, anulado o suspendido (ver preguntas 5 y 18) por:

- ↗ Actuación fraudulenta del beneficiario para obtener o conservar el subsidio: simulación de una enfermedad o de un accidente inexistente, tanto en su inicio como en su mantenimiento, falseando o exagerando síntomas o limitaciones funcionales.
- ↗ Trabajar por cuenta propia o ajena durante la situación de IT.
- ↗ Rechazar o abandonar el tratamiento sin causa razonable.
 - La negativa del beneficiario a seguir un tratamiento prescrito por el facultativo encargado de su asistencia, en particular si éste es de tipo quirúrgico o especialmente penoso, se formalizará ante el INSS, MATEPSS o la empresa colaboradora, que adoptará la decisión de continuar o suspender la percepción del subsidio a su cargo.
 - Esta decisión es recurrible ante la jurisdicción de lo social; su resolución no es una competencia del EVI del INSS.
 - En el caso que el beneficiario se niegue a someterse a tratamientos penosos de resultado incierto, los tribunales suelen dar la razón al trabajador y mantener la prestación del subsidio, al contrario de lo que sucede en el caso de tratamientos sencillos.

■ *Art. 132 Ley General de la Seguridad Social.*



¿Puede dar un alta el INSS *antes de los doce meses de baja*?

Sí. El INSS y el ISM son competentes para dar un **alta a todos los efectos** (económicos y laborales) a un paciente antes de que se hayan agotado los doce meses de baja, pues asumen las mismas competencias que la inspección médica. Ello es así desde una reciente modificación legal, ya que antes el INSS podía dar altas con efectos únicamente económicos a través de la intención de alta o bien hacer una propuesta de alta ante la inspección médica del SPS.

Disposición 52.ª de Ley General de la Seguridad Social, según la modificación introducida por la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.



¿Qué ocurre cuando un paciente cumple *365 días de baja*?

Desde la aprobación de la Ley 40/2007, una vez agotado el plazo de duración de la baja de 365 días, el INSS o el ISM son los únicos órganos competentes para decidir la concesión o no de una prórroga. Actualmente, una vez transcurridos los 365 días del proceso de baja, el médico responsable del SPS da por finalizado su seguimiento y deja al INSS como organismo gestor de la IT. La situación se formaliza con el paciente mediante la emisión del documento de pase a control del INSS.

En un período previsiblemente inferior a 12 semanas, el paciente será valorado por el INSS, que, en función de las diversas situaciones, determinará una de las tres opciones siguientes:

- Alta médica y reincorporación a su puesto de trabajo.
- Reconocimiento de la prórroga de la IT de hasta 180 días adicionales. El trabajador será evaluado en un plazo determinado, en función del tiempo de prórroga concedido, para proceder a su calificación definitiva. Si finalizados los 545 días no puede reincorporarse a su trabajo habitual pero hay expectativas de mejoría, se le podría conceder un período de «demora de calificación» por un máximo de 180 días más (730 días en total desde el inicio de la IT).
- Iniciación de expediente de IP y resolución del mismo.

Arts. 128.1. y 131 bis Ley General de la Seguridad Social, modificada por el art. 2 Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, y por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.

Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006.

?

100

¿Puede darse de alta a un paciente que la quiere cuando ya lo controla el INSS?

No se puede. Transcurridos 12 meses de IT, el INSS o el ISM son los únicos organismos facultados para dar altas, conceder prórrogas o iniciar expedientes de IP.

Art. 128 Ley General de la Seguridad Social, modificada por el art. 1 Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, y por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.

?

101

Una vez transcurridos los 545 días que incluyen la prórroga concedida por el INSS, ¿cuándo llamará el INSS al trabajador?

En un plazo **máximo de tres meses** el paciente recibirá una notificación para que, a instancias del INSS, se someta a una valoración por incapacidad laboral. Esta valoración la realiza el EVI (el ICAM en Cataluña).

Art. 131 bis Ley General de la Seguridad Social, modificada por el art. 1 Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, y por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.

?

102

¿Puedo dar la **baja** a un paciente al que **el INSS** ha dado **el alta**?

- La concesión de una nueva IT **por la misma patología u otra similar, en los 180 días** siguientes al alta emitida por facultativos del INSS, corresponde al **INSS**.
- En el caso de IT derivada de una *contingencia distinta o por una patología diferente* a la que motivó la IT anterior, el médico del SPS o de la mutua podrá tramitar un nuevo proceso de IT sin considerar el período de 180 días transcurridos desde el proceso de IT previo. Si se trató de un alta por resolución del INSS a los 365 días, el INSS se pronunciará sobre si la baja es por igual o similar patología.

Art. 128 Ley General de la Seguridad Social, modificada por el art. 1 Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, y por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.

?

103

¿Qué puede hacer un paciente que **no está conforme con la negativa del INSS** a conceder una **prórroga de su IT tras los 365 días iniciales**?

Cuando el trabajador no está de acuerdo con la resolución de alta emitida por el INSS, puede reclamar manifestando su disconformidad ante la inspección médica (o ante el propio INSS, que cursará la reclamación a ésta) en un plazo máximo de cuatro días naturales. Transcurrido este período, la inspección médica pierde la potestad de actuar en el conflicto.

- ↗ Ante dicha reclamación de disconformidad, la inspección médica puede:
 - No pronunciarse o no discrepar con la resolución de alta: en este caso, el trabajador dispondrá de 11 días naturales desde la emisión del alta del INSS para reincorporarse a su puesto de trabajo.

- Mostrar su discrepancia con la resolución de alta del INSS: entonces, en el plazo de siete días naturales, la inspección médica emitirá un informe razonado al INSS en el que propondrá reconsiderar el alta emitida. A su vez, el INSS tendrá otros siete días para reconsiderar la propuesta o confirmar el alta.

Art. 128 Ley General de la Seguridad Social, modificada por el art. 1 Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, y por la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.

?

104

¿Por qué las *mutuas citan* a mis pacientes de baja?

Desde la entrada en vigor de la Ley 42/1994, los empresarios que opten por formalizar la protección de las contingencias profesionales con una MATEPSS pueden también optar por la cobertura de las contingencias comunes por esa misma entidad. En este último caso, la mutua asume la prestación económica a partir del día 16.º de baja, por lo que está autorizada para citar a los trabajadores a fin de que se sometan a reconocimientos médicos y así comprobar su estado de salud en relación con la situación de IT.

Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

Art. 6 RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por IT.

?

105

¿Puede un paciente que está de baja *negarse a acudir* si es citado por la mutua?

No. La negativa infundada de un paciente a someterse a los reconocimientos médicos y a la comprobación del estado de su salud por parte de la mutua que gestiona la baja puede ser causa de **extinción de la prestación económica** de la IT.

Solamente en caso de que la propia enfermedad padecida le impida acudir al mencionado reconocimiento, podrá no asistir, siempre que envíe un informe justificativo de su médico asistencial del SPS responsable de la IT. Los modelos de citación del INSS y de algunas mutuas suelen incorporar un apartado donde se puede incluir esta justificación.



¿Se debe proporcionar la *historia clínica* de un paciente con IT cuando la solicita la inspección médica o el INSS? ¿Y si lo pide una mutua?

La ley obliga a la confidencialidad de la información recibida por los profesionales en el ejercicio de su profesión, tanto del sistema público como del privado. Al mismo tiempo, permite el acceso a la historia clínica de un paciente, además de al propio paciente y a los profesionales que trabajen en su asistencia, al personal sanitario que «ejerza funciones de **inspección**, evaluación, acreditación y planificación en el cumplimiento de sus funciones y limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso».

Por tanto, ajustándose a estas condiciones, no habría problema en facilitar **a la inspección, INSS o ISM** los datos requeridos relativos al proceso que mantiene al paciente con IT. Los inspectores médicos quedan igualmente obligados al deber de secreto respecto de los datos que conozcan del paciente.

Los médicos del SPS, los médicos adscritos a las entidades gestoras (INSS e ISM) y de las mutuas están facultados para acceder a los informes y diagnósticos relativos a las situaciones de IT, a fin de ejercitar las respectivas funciones. Tanto los médicos de las mutuas como los del SPS están, por tanto, igualmente obligados a este deber de secreto. El circuito establecido para la comunicación entre ellos es siempre a través de la inspección médica (propuestas de alta e informes médicos de control, principalmente). Los pacientes están obligados, asimismo, a colaborar en la obtención de la información y a aportar su historial clínico.

No obstante, si un paciente solicita un informe a petición de la mutua, no habría problema en facilitárselo personalmente, siempre que se entregue ese informe al propio paciente. En este caso no se estaría faltando al deber de secreto, ya que es el paciente el que adoptará la decisión de entregarlo o no a la mutua. Por el contrario, la empresa donde el paciente trabaja, como tal, no está autorizada a acceder a información relativa a la salud de sus trabajadores (salvo respecto de la adecuación de la IT y de su pronóstico temporal, a través de la Inspección Médica). De hecho, las copias de los partes de IT que le corresponden carecen de diagnóstico y datos clínicos. Excepción de ello son los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y sus facultativos especialistas en Medicina del Trabajo, que también se deben al secreto profesional y a la normativa de protección de datos personales.

Arts. 7, 16.3, 16.5 y 18.3 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, modificada por la Disposición Final Tercera de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Arts. 3.3 y 4.2 RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Art. 11.2 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Art.13.2 orden ministerial MTAS de 19/07/1997 por la que se desarrolla el RD 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

?

107

¿Pueden dar *altas médicas las mutuas?*

Sí, en contingencias profesionales (AT y EP), ya que toda la gestión de la IT asegurada con las MATEPSS les corresponde a ellas, pero **no en contingen-**

cias comunes (ANL y EC). Cabe la suspensión e incluso la extinción de la prestación económica en los casos de incomparecencia no justificada del paciente en contingencias comunes.

En este último caso, la mutua puede hacer una «propuesta motivada de alta», que hará llegar a la inspección médica o al INSS. La inspección médica puede pronunciarse, en un plazo de 15 días, confirmando el alta o discrepando de dicha propuesta, con lo que el trabajador permanecería en situación de IT. Para adoptar su decisión, la inspección médica hace llegar al médico de familia adscrito del trabajador dicha propuesta de alta, y éste debe responder en un plazo máximo de 10 días confirmando (de forma razonada) la permanencia del paciente en situación de IT o bien admitiendo la propuesta de alta.

Art. 5 RD 575/1997, modificado por RD 1117/98, de 5 de junio, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del art. 131bis) de la LGSS.



¿Pueden proponer *las mutuas pruebas o tratamientos* a mis pacientes de baja por contingencia común?

Es una **posibilidad** incluida en el RD 576/1997 y en los correspondientes acuerdos de colaboración con el SNS. Para ello, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Han de haber transcurrido más de quince días de baja.
- El procedimiento diagnóstico o terapéutico tiene que haber sido indicado por un médico del SPS.
- Debe existir una demora en la realización de dicha prueba en el SNS.
- El beneficiario debe dar su consentimiento.
- La inspección médica debe dar su autorización.

Arts. 12.4, 82 y 83 del Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las MATEPSS, según redacción del RD 38/2010, de 15 de enero, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el RD 1993/1995, de 7 de diciembre.

Art. 4 RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Disposición adicional 51.ª de la Ley General de la Seguridad Social (según la modificación introducida por la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo).

Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.



109

Si el aseguramiento de un paciente corresponde a una mutua, ¿quién gestiona su baja?

Depende del tipo de contingencia que se haya producido:

- En el caso de las **contingencias profesionales (AT y EP)**, tanto la asistencia sanitaria como la prestación económica, así como la emisión de los partes de IT, correrán a cargo de dicha entidad colaboradora.
- En el caso de las **contingencias comunes (ANL y EC)**, MATEPSS se hace cargo de la prestación económica, pero no de la asistencia sanitaria ni de la emisión de los partes de IT, lo que corresponderá al SNS. Ello sin perjuicio de que la mutua pueda citar a los trabajadores para reconocimientos médicos, tramitar «propuestas motivadas de alta» y solicitar «informes médicos de control» a la inspección médica y al INSS, así como anticipar pruebas y tratamientos indicados por el SNS y que estén pendientes de su realización.



110

¿Qué debo hacer si recibo una *propuesta de alta* por parte de una mutua?

Cuando la mutua, tras el oportuno reconocimiento, considera que el trabajador puede realizar su actividad laboral habitual, emite una «propuesta motivada de alta» a la inspección médica. Ésta, a su vez, la enviará al médico del SPS responsable de la IT por CC, a menos que ya le conste el alta o que disponga de información clínica reciente y completa para contestar la propuesta a la MATEPSS.

En un plazo de 10 días naturales, este médico de familia contestará a la inspección médica. Para ello deberá cumplimentar en el modelo de dicha propuesta o bien la aceptación de la propuesta de alta (con fecha y causa de alta) o bien la confirmación de la baja de forma razonada (pudiendo adjuntar informes complementarios propios o ajenos).

En el mismo modelo, la inspección médica indicará a la mutua su propia resolución sobre la situación propuesta en un período no superior a 15 días naturales desde su recepción. Hasta que estuvo en vigencia la Ley 35/2010, el INSS solía también hacer propuestas de alta en los mismos términos que las mutuas; sin embargo, desde entonces, la nueva capacidad otorgada a los médicos evaluadores del INSS y del ISM para emitir «altas por inspección» ha hecho innecesaria la gestión de aquéllas y su sustitución por éstas.

Art. 14 de Orden, de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el RD 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

VI. Maternidad. El riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

La prestación económica por maternidad trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufren las trabajadoras, por cuenta ajena o por cuenta propia, cuando interrumpen su actividad laboral para disfrutar de los períodos de descanso por maternidad, adopción y acogimiento, legalmente establecidos. Durante el desarrollo de las preguntas, nos referiremos a «madre» o «padre», permisos de «paternidad» y «maternidad», teniendo en cuenta que pueden disfrutarlos indistintamente hombres y mujeres, excepto el descanso maternal obligatorio de seis semanas tras el parto natural.

La protección de la salud de la embarazada y el recién nacido ha dado un paso más allá al reconocerse el derecho a la protección de salud en mujeres sanas en situación de gestación o lactancia. Cuando, por razón de su actividad laboral, se expongan a un riesgo para ellas o para sus hijos, podrán gozar de un nivel de protección y unas prestaciones adicionales a través de la figura del riesgo durante el embarazo y lactancia natural.

RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.



111

¿Cuáles son las *situaciones protegidas por maternidad*?

La maternidad quedó excluida como causa de IT y pasó a considerarse una situación protegida que da derecho a períodos de descanso y prestación económica. En la actualidad se consideran situaciones protegidas:

- ↗ La maternidad biológica, incluidos los partos que tengan lugar tras más de 180 días de vida fetal, con independencia de que el feto nazca vivo o muerto (si han transcurrido menos de 180 días y el feto nace muerto, se considera aborto y procedería IT).
- ↗ La adopción y el acogimiento familiar tanto preadoptivo como permanente o simple (siempre que, en este último caso, su duración no sea inferior a un año) de:
 - Menores de 6 años.
 - Mayores de 6 años pero menores de 18 con una minusvalía física, psíquica o sensorial en grado igual o superior al 33 % o que, por sus circunstancias y experiencias personales o por provenir del extranjero, tengan especiales dificultades de inserción social y familiar, debidamente acreditadas por los servicios sociales competentes.

No se tiene en cuenta la edad del menor cuando se trata de personas integradas en el régimen general de la Seguridad Social e incluidas en el ámbito de aplicación del Estatuto Básico del Empleado Público.

- ↗ La tutela sobre un menor por designación de persona física cuando el tutor sea un familiar que, de acuerdo con la legislación civil, no pueda adoptar al menor, siempre que conlleve la convivencia entre el tutor y el tutelado y en los mismos términos de edad que el adoptado o acogido.

■ *Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social.*

■ *RD 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.*

Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP).

RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.



112

¿Quiénes son *beneficiarios* de la prestación por maternidad?

Son beneficiarios tanto los trabajadores del régimen general, incluidos los contratados para la formación y a tiempo parcial, como los de los regímenes especiales (RETA, REEH, REA, REMC y RETMAR) siempre que acrediten los siguientes requisitos:

- ↗ Estar afiliados y en alta o en situación asimilada al alta en la Seguridad Social.
- ↗ Tener cubierto un período mínimo de cotización:
 - Si el trabajador tiene menos de 21 años de edad en la fecha del parto o en la fecha de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituye la adopción, no se exigirá período mínimo de cotización.
 - Si el trabajador tiene cumplidos entre 21 y 26 años de edad:
 - 90 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores al momento del inicio del descanso; o,
 - 180 días cotizados a lo largo de su vida laboral con anterioridad a dicha fecha.
 - Si el trabajador es mayor de 26 años:
 - 180 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores al momento del inicio del descanso; o,
 - 360 días cotizados a lo largo de su vida laboral con anterioridad a dicha fecha.
- ↗ En el caso de los regímenes especiales, es preciso estar al corriente en el pago de las cuotas. No obstante, si el interesado no lo estuviera, la entidad gestora le invitará a que en el plazo improrrogable de 30 días naturales ingrese las cuotas debidas (ver capítulo IV).

La prestación económica por maternidad de tipo contributivo consiste en un subsidio equivalente al 100 % de la base reguladora correspondiente.

■ *Art. 28.2 del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto.*

■ *Arts. 3.1, 5 y 6 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.*

?

113

Si el progenitor *no cumple todos los requisitos de cotización exigidos*, ¿tiene derecho a alguna prestación?

Si el progenitor, trabajador por cuenta propia o ajena, cumple todos los requisitos para la percepción del subsidio por maternidad **excepto** el tiempo mínimo de cotización, o bien ejerce alguna actividad pero no está dado de alta en el sistema de la Seguridad Social (p. ej., un profesional liberal colegiado) y no tiene derecho a estas prestaciones, el otro progenitor, siempre que cumpla los requisitos de cotización, podrá percibir el subsidio durante la totalidad del descanso. Este progenitor cobrará primero el subsidio de paternidad y luego el de maternidad.

En los casos en que la madre no cumpla los requisitos de cotización, ésta tiene derecho a un subsidio por maternidad de naturaleza «no contributiva», siempre que esté en situación de alta o asimilada al alta, sea trabajadora por cuenta ajena o propia o reúna los requisitos de la pregunta 114.

■ *Arts. 3.4 y 3.5 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.*

?

114

¿En qué consiste la *prestación económica por maternidad de tipo no contributivo*?

Es un subsidio con una duración de 42 días naturales a contar desde el parto y por una cuantía del 100 % del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) diario vigente en cada momento.

La duración de esta prestación se incrementa en 14 días naturales en las familias numerosas, familias que adquieran la condición de numerosa con el nuevo miembro, familias monoparentales, parto múltiple o cuando el progenitor o el hijo tienen una discapacidad en un grado igual o superior al 65 %.

La duración de este subsidio no se amplía en los casos en que el neonato haya precisado hospitalización.

Arts. 16 y 17 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

?

115

¿Qué sucede si la madre pertenece a una mutualidad de previsión social que *no tenga prevista la protección por maternidad*?

En caso de parto, si la madre trabaja por cuenta propia pero, en razón de su actividad profesional, pertenece a una mutualidad de previsión social establecida por el correspondiente colegio profesional y ésta no le da derecho a prestaciones por no estar prevista la protección por maternidad, el otro progenitor, si reúne los requisitos exigidos y disfruta del correspondiente período de descanso, puede percibir el subsidio por maternidad, como máximo, durante el período que le hubiera correspondido a la madre. Este subsidio es compatible con el subsidio por paternidad.

Si la madre tuviera derecho a prestaciones por maternidad en el sistema de previsión derivado de su actividad profesional, con independencia de su duración o de su cuantía, y no pudiera disfrutar de este derecho por no haber incluido voluntariamente la cobertura de esta prestación, el otro progenitor no tendrá derecho al subsidio en el sistema de la Seguridad Social.

Arts. 3.4 y 3.5 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

?

116

¿Cuál es la *duración de la prestación por maternidad*?

La prestación económica tiene una duración de 16 semanas ininterrumpidas, salvo en el caso de hospitalización del neonato, en que una vez transcurridas las primeras seis semanas de descanso obligatorio para la madre, ésta puede interrumpir el permiso para reanudarlo a partir de la fecha del alta hospitalaria del menor.

En el caso de parto es obligatorio el inicio del descanso por maternidad coincidiendo con la fecha del parto, si bien, a petición de la madre, puede comenzar antes, siempre que queden al menos seis semanas para el disfrute posterior a la fecha probable de parto.

En el caso de adopción o acogimiento, comienza con la fecha de la resolución judicial, aunque en adopciones que precisen desplazamiento al extranjero puede iniciarse cuatro semanas antes de la citada fecha.

El período de 16 semanas puede verse ampliado en determinados supuestos:

- En parto, adopción o acogimiento múltiple, se amplía en dos semanas más por cada hijo, a partir del segundo.
- En el supuesto de discapacidad del hijo en un grado igual o superior al 33 %, se añaden dos semanas más. En el caso de que ambos padres trabajen el período adicional de percepción del subsidio, se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo simultánea o sucesivamente y siempre de forma ininterrumpida.
- En caso de parto prematuro u otros supuestos en que el neonato precise hospitalización por un período superior a siete días dentro de los 30 días na-

turales siguientes al parto, se amplía el permiso por maternidad en tantos días como el neonato haya permanecido ingresado, con un máximo de trece semanas adicionales. Esta ampliación tiene lugar aunque el beneficiario haya decidido interrumpir el disfrute una vez transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre de seis semanas posteriores al parto. En los supuestos de parto múltiple, los períodos de hospitalización de cada uno de los hijos no se acumulan cuando estos períodos hayan sido simultáneos.

En el caso de que ambos progenitores trabajen, los períodos de descanso se distribuirán a opción de los interesados, que podrán disfrutarlos de forma simultánea o sucesiva siempre que se trate de períodos ininterrumpidos y considerando que en la maternidad biológica las primeras seis semanas son de disfrute obligatorio por parte de la madre. Estos períodos de descanso se podrán disfrutar en régimen de jornada completa o a tiempo parcial previo acuerdo entre los empresarios y los trabajadores afectados.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Art. 8 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.



117

¿Tiene derecho la trabajadora al subsidio por maternidad en el caso de *fallecimiento del hijo*?

Pueden darse dos casos:

- Maternidad biológica: si el feto nace muerto y no ha permanecido en el seno materno más de 180 días, no corresponde subsidio por maternidad (se considera aborto y, si procede, correspondería IT). Sí procedería si, habiendo estado menos de 180 días en el seno materno, naciera vivo y falleciera transcurridas las primeras 24 horas de vida. En este último caso o en aquellos en los que el parto se produce pasados los 180 días de gestación y el feto o nace muerto o fallece más tarde, la duración de la prestación económica

no se verá reducida, salvo que, una vez finalizadas las seis semanas posteriores al parto, la madre solicitara reincorporarse a su puesto de trabajo. En este caso, quedaría sin efecto la opción ejercida por la madre en favor del otro progenitor.

- Hijos adoptados o menores acogidos: tampoco se ve reducida la duración de la prestación económica salvo que los adoptantes o acogedores soliciten reincorporarse a su puesto de trabajo. Si el período de descanso está distribuido entre ambos adoptantes o acogedores, la parte no consumida por uno de ellos no se acumulará al período disfrutado por el otro.

Art. 8.4 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.



118

¿Qué sucede en caso de *fallecimiento de la madre biológica o de uno de los adoptantes o acogedores?*

Si la madre fallece, ya sea durante el parto (con independencia de que ésta trabajara o no) o en el caso de una adopción o acogimiento, el otro progenitor tiene derecho a la prestación económica por maternidad durante la parte que quede por disfrutar de dicho período, computada desde la fecha del parto, sin que se descuente la parte que la madre pueda haber percibido con anterioridad al parto. Es necesario que el padre acredite los requisitos exigidos. En estos casos, el beneficio de esta prestación es compatible con el derecho al subsidio por paternidad.

La misma situación se da en el caso de que se produzca el fallecimiento de uno de los adoptantes (o acogedores).

Art. 3.3 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

?

119

¿Cuándo empieza el *período de descanso* en el caso de una *adopción*?

Tanto en los supuestos de adopción como en los de acogimiento, el nacimiento del derecho se produce, a elección del trabajador, a partir de la resolución judicial por la que se constituye la adopción o a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento, provisional o definitivo, sin que en ningún caso un mismo menor pueda dar derecho a varios períodos de descanso.

En caso de que ambos progenitores trabajen, el período de descanso se distribuye como deseen los interesados, que podrán beneficiarse de él de forma simultánea o sucesiva y en régimen de jornada completa o parcial, siempre con períodos ininterrumpidos y sin que sea necesario, como ocurre en la maternidad biológica, el disfrute obligatorio de las primeras seis semanas por parte de la madre.

Su duración es de 16 semanas ininterrumpidas, ampliables en dos semanas más por cada menor a partir del segundo en el supuesto de adopción o acogimiento múltiples, y en dos semanas más en el supuesto de discapacidad del menor adoptado o acogido.

Art. 8 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

Art. 48 Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

?

120

¿Se pueden coger días para el *desplazamiento* en *adopción internacional*?

En adopciones internacionales, cuando sea preciso el desplazamiento de los padres al país de origen del adoptado, el período de suspensión puede iniciarse hasta cuatro semanas antes de la resolución por la que se constituye la

adopción. Si el trabajador es funcionario, tiene derecho a beneficiarse de un permiso de hasta dos meses de duración en el que percibiría exclusivamente las retribuciones básicas.

Art. 6.4 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

?

121

¿En qué casos se extingue el derecho a percibir el subsidio por maternidad?

- Por la finalización de los **plazos máximos** de duración de los períodos de descanso.
- Por la **reincorporación voluntaria** al trabajo del beneficiario del subsidio con anterioridad al cumplimiento del plazo máximo de duración, cuando el período de descanso se disfrute exclusivamente por uno de los progenitores o por ambos sucesiva o simultáneamente. En caso de parto, la madre no podrá reincorporarse al trabajo hasta que hayan transcurrido las seis semanas del descanso obligatorio posteriores a aquél. La parte que reste incrementará la duración a que tiene derecho el otro progenitor.
- Por **fallecimiento** del beneficiario, salvo que el otro progenitor sobreviviente pueda continuar beneficiándose del período de descanso que reste.
- Por **jubilación** o **incapacidad permanente** del beneficiario, pudiendo beneficiarse del período de descanso restante el otro progenitor.

Art. 8.12 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

?

122

¿Cuál es la duración del permiso por paternidad?

- Trece días naturales ininterrumpidos, ampliables en dos días más por cada hijo a partir del segundo en el supuesto de parto, adopción o acogimien-

to múltiples para los trabajadores incluidos en el Estatuto de los Trabajadores.

- Quince días naturales ininterrumpidos para los trabajadores a los que sea de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público.
- Veinte días naturales ininterrumpidos cuando el nacimiento, adopción o acogimiento se produce en una familia numerosa, cuando la familia adquiere esta condición con el nuevo miembro o cuando en la familia existe previamente una persona con discapacidad en un grado igual o superior al 33 %.
- Veinte días naturales ininterrumpidos cuando el menor tenga una discapacidad en un grado igual o superior al 33 %.

Para las personas a las que es de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público (funcionarios, estatutarios o laborales), este período de descanso tiene lugar a partir de la fecha del nacimiento o de la decisión judicial de adopción o acogimiento. Excepcionalmente, en los supuestos de parto prematuro o que por cualquier otra causa el menor deba permanecer hospitalizado, el permiso de paternidad se iniciará a partir del alta hospitalaria del hijo.

Art. 26 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

Art. 49 Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.



123

¿Puede uno beneficiarse del *permiso por paternidad en régimen de jornada parcial*?

Sí, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Debe existir un acuerdo entre el empresario y el trabajador.
- La jornada parcial no debe tener una duración menor del 50 % del tiempo en jornada completa.
- Se disfrute entre la finalización del permiso por nacimiento del hijo o desde la resolución judicial de adopción o acogimiento, hasta la finalización del descanso por maternidad o inmediatamente después de finalizar este descanso.

Art. 48bis Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

?

124

¿Quién tiene derecho al permiso por paternidad?

En el supuesto de parto, el permiso corresponde exclusivamente al otro progenitor (al que no disfruta del permiso por maternidad). En los casos de adopción o acogimiento, el permiso corresponde a uno solo de los progenitores, a elección de los interesados. No obstante, cuando el descanso maternal sea disfrutado en su totalidad por uno de los progenitores, únicamente el otro progenitor podrá beneficiarse del permiso por paternidad.

En los supuestos de trabajadores incluidos en el Estatuto General de los Trabajadores o de trabajadores por cuenta propia incluidos en los regímenes especiales de la Seguridad Social, para generar derecho a la prestación se exige que el adoptado o acogido sea menor de 6 años, pero si el menor es mayor de 6 años y menor de 18 y presenta discapacidad en grado igual o superior al 33 %, o bien por sus circunstancias y experiencias personales o por provenir del extranjero tiene dificultades de inserción social y familiar, debidamente acreditadas por los servicios sociales competentes, el progenitor sí tendrá derecho a esta prestación. Para los trabajadores incluidos en el Estatuto Básico del Empleado Público no hay límite de edad para el menor.

El período mínimo de cotización exigido es de 180 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a la fecha de inicio de la suspensión o, como alternativa, 360 días a lo largo de la vida laboral con anterioridad a dicha fecha.

Arts. 45 y 48bis Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Art. 49.b Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

Arts. 22 y 23 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.



125

El permiso por paternidad, ¿es compatible con el de maternidad? ¿Y con otros permisos?

- Cuando exista un solo progenitor, no puede acumularse el período de paternidad y el de maternidad, a excepción de que haya fallecido uno de ellos tras el nacimiento o adopción del niño.
- Si el hijo o menor acogido fallece antes del inicio del permiso por paternidad, el progenitor pierde el derecho a este permiso; pero si fallece una vez que el padre había iniciado el permiso, éste no se extingue.
- En el caso de parto, si la madre trabaja por cuenta propia y, en razón de su actividad profesional, pertenece a la mutualidad de previsión social establecida por el correspondiente colegio profesional y ésta no le da derecho a prestaciones por no estar prevista la protección por maternidad, el otro progenitor, siempre que reúna los requisitos exigidos, puede percibir tanto el subsidio por paternidad como el de maternidad.
- En situación de pluriempleo o de que se desarrolle más de una actividad laboral, el beneficio del permiso debe ser simultáneo en los distintos regímenes en los que el trabajador se encuentre de alta.
- Si el padre se encuentra en situación de IT, ésta se interrumpe para iniciar el permiso por paternidad, y, finalizado este período, si persiste la incapacidad para el trabajo se reanuda la IT.

RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

?

126

¿Es compatible la prestación por maternidad con el subsidio por desempleo o el cese de actividad en las trabajadoras autónomas?

Deben considerarse dos supuestos:

- Mujer en situación de descanso por maternidad que finaliza su contrato o cesa la actividad: Mantiene el subsidio por maternidad y, finalizado el descanso, recibirá la prestación contributiva por desempleo o cese de actividad, si reúne los requisitos.
- Mujer en situación de desempleo o cese de actividad que percibe una prestación e inicia descanso por maternidad: Se interrumpe la prestación por desempleo o cese de actividad y percibirá la prestación por maternidad. Al finalizar el descanso por maternidad, volverá a recibir la prestación por desempleo o cese de actividad que reste.

No se descuenta del período de la prestación por desempleo el tiempo que permaneció en situación de descanso maternal.

RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la SS por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural

Art. 13 Ley 32/2010, de 5 de agosto, que establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos

?

127

Mientras el neonato permanece ingresado en el hospital, ¿puede interrumpirse el período de descanso? ¿Se modifica el descanso por maternidad en caso de ingreso hospitalario del niño?

En los casos en los que el recién nacido precise hospitalización después del parto, el descanso por maternidad puede interrumpirse una vez completado

el período de descanso obligatorio para la madre de seis semanas posteriores al parto. El permiso se reanuda a partir de la fecha del alta hospitalaria del niño y por el tiempo que le quede. Si el neonato precisa hospitalización por un período superior a 7 días dentro de los 30 días naturales siguientes al parto, el período de descanso se ampliará en tantos días como el neonato haya permanecido ingresado, con un **máximo de 13 semanas** adicionales. Esta ampliación tiene lugar tanto si el beneficiario decide interrumpir el permiso como si no.

Para las personas incluidas en el ámbito de aplicación del Estatuto Básico del Empleado Público (funcionarios), la ampliación del permiso tiene lugar independientemente del número de días que el menor haya permanecido hospitalizado.

En los supuestos de parto múltiple, los períodos de hospitalización de cada uno de los hijos no se acumulan si éstos han sido simultáneos.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.



128

¿Es compatible la *incapacidad temporal* y la *maternidad*?

El descanso por maternidad y la IT no son compatibles, excepto en dos supuestos:

- Cuando el permiso por maternidad se disfruta a tiempo parcial y en ese período aparece un proceso subsidiario de una IT.
- Cuando el descanso por maternidad se ha interrumpido por hospitalización del menor.

Por otra parte, si la madre se encuentra en situación de IT con anterioridad al parto, se debe emitir el alta con fecha del día anterior al parto y comenzar el descanso por maternidad a partir de la fecha del parto. Al tratarse de un alta laboral, no médica, la madre podrá seguir recibiendo la asistencia sanitaria que

precise para la resolución de su proceso. Por convención, suele indicarse como causa de esta alta una «mejoría», con lo cual, aparte de ser coherente con el mantenimiento de ciertos posibles tratamientos, se deja la puerta abierta a que pueda darse una «recaída» tras el descanso maternal y una nueva situación de IT.

?

129

¿Qué ocurre si una mujer cae enferma durante el permiso maternal?

En el caso de mujeres que, encontrándose en situación de descanso por maternidad y sin baja laboral previa, sufren un proceso que las habría incapacitado para su actividad laboral, no se procede a emitir el documento de baja laboral aunque la madre reciba la asistencia sanitaria que precise para la resolución de su proceso, ya que el descanso maternal cubre su situación con mayor grado de protección que la IT.

?

130

Si tras finalizar el descanso por maternidad la madre sigue incapacitada para su trabajo, ¿con qué fecha debe emitirse la baja laboral?

En caso de mujeres en situación de IT previa al inicio del descanso maternal y que tras finalizar éste continúan incapacitadas, así como en el caso de mujeres que encontrándose en situación de descanso maternal sufren un proceso que las habría incapacitado para su trabajo habitual y que persiste una vez finalizado el descanso por maternidad, se emitirá un parte de baja laboral con fecha del primer día en que se tengan que reincorporar a su puesto de trabajo. Si el motivo de la incapacidad es el mismo que el que presentaba la mujer antes del parto, la baja se emitirá como «recaída», con lo que ambos procesos se acumularán a efectos de cómputo de los plazos (365 días).



131

¿En qué consiste el *descanso por maternidad y por paternidad a tiempo parcial*?

Tanto el permiso por paternidad como el de maternidad, una vez finalizadas las seis semanas posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre, pueden disfrutarse en régimen de jornada completa o a tiempo parcial. Para ello es preciso que exista acuerdo entre el trabajador y el empresario.

En caso de que sea a tiempo parcial, este permiso debe ajustarse a unas normas:

- El período durante el que un progenitor se beneficia del permiso se ampliará proporcionalmente en función de la jornada de trabajo que se realice.
- Ambos progenitores pueden beneficiarse simultáneamente de ambos descansos.
- En esta modalidad, el permiso será ininterrumpido. Una vez se ha llegado a un acuerdo, sólo podrá modificarse el régimen pactado mediante un nuevo acuerdo entre el empresario y el trabajador afectado por iniciativa de este último y debido a causas relacionadas con su salud o con la del menor.
- Los trabajadores no podrán realizar horas extraordinarias, salvo las necesarias para prevenir o reparar siniestros y otros daños extraordinarios y urgentes.
- El tiempo en el que el trabajador preste servicios parcialmente tendrá la consideración de tiempo de trabajo efectivo, y se mantendrá suspendida la relación laboral durante el tiempo restante.
- El permiso de maternidad y el de paternidad a tiempo parcial son incompatibles con la reducción de jornada por guarda legal o con la excedencia por cuidado de familiares.
- Los trabajadores por cuenta propia pueden también disfrutar del permiso a tiempo parcial, pero la reducción de la actividad sólo podrá efectuarse en un 50%. Los trámites, en este caso, se realizarán en la entidad gestora.

?

132

¿Cuánto dura el *permiso por lactancia*?

Existen dos supuestos:

- Trabajadoras en las que es de aplicación el Estatuto del Trabajador (empleados por cuenta ajena): por lactancia de un hijo menor de nueve meses tienen derecho a una hora diaria de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones. Es posible sustituir este permiso por una reducción de la jornada laboral en media hora diaria o acumularlo en jornadas completas.
- Trabajadoras en las que es de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público (funcionarias, estatutarias): por lactancia de un hijo menor de doce meses tienen derecho a una hora diaria de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones o sustituir por una reducción de la jornada normal en media hora al inicio y al final de la jornada, o en una hora al inicio o al final de la jornada, o acumularlo en jornadas completas. En caso de que ambos progenitores trabajen, este derecho puede ser ejercido indistintamente por uno u otro.

Este permiso se incrementará proporcionalmente en los casos de parto múltiple.

▮ *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.*

?

133

¿Quién tiene derecho a la prestación por *riesgo durante el embarazo*?

Las trabajadoras por cuenta ajena, autónomas y del servicio doméstico que presentan unas condiciones en su puesto de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de la madre o del feto y en las que no es posible el traslado a otro puesto de trabajo compatible con su estado. Es, por tanto, una prestación dirigida a **mujeres sanas**, aunque en riesgo, y excluye las situaciones en que el peligro se deriva de un embarazo de riesgo debido a una enfermedad materno-fetal.

- ↗ Estas trabajadoras deben reunir los siguientes requisitos:
- Estar afiliadas a la SS y dadas de alta en alguno de los regímenes del sistema de la Seguridad Social en la fecha en que se inicie la suspensión.
 - En el caso de los regímenes especiales, estar al corriente en el pago de las cuotas. No obstante, si el interesado no está al corriente, la entidad gestora le invitará a que en el plazo improrrogable de 30 días naturales ingrese las cuotas pendientes.

No es necesario un tiempo mínimo de cotización, al derivar su riesgo de una contingencia profesional.

■ *Decreto 2530/1970, de 20 de agosto.*

■ *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.*

■ *RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.*



¿Quién emite el *certificado médico en la situación de riesgo durante el embarazo o la lactancia?*

La certificación médica es expedida por los servicios médicos del INSS o de MATEPSS en función de cuál sea la entidad con la que se tenga concertada la cobertura de las contingencias profesionales. Para ello, la trabajadora, que es la que debe iniciar el proceso, deberá aportar:

- Informe del médico (médico de familia u obstetra; cabe también incluir las matronas según RD 1837/2008) del SNS que la asista; en él debe acreditarse la situación de embarazo y la fecha prevista de parto, o bien una certificación de lactancia natural y que la trabajadora no padece ninguna patología, sea debida o no al embarazo. Se emplea el mismo modelo de formulario que para el descanso por maternidad, pero marcando la casilla correspondiente al riesgo durante el embarazo y cumplimentando el resto coherentemente con esta opción.

- Certificado de la empresa sobre la actividad desarrollada y las condiciones del puesto de trabajo y actividades específicas desempeñadas.
- Certificación médica sobre la existencia de riesgo durante el embarazo emitida por la entidad gestora o colaboradora que corresponda; debe recoger las condiciones del puesto de trabajo desempeñado que pueden influir negativamente en la salud de la embarazada, del feto o del lactante.

Si la entidad gestora (INSS o ISM) o colaboradora (MATEPSS) considera que no se produce una situación de riesgo durante el embarazo y la lactancia denegará la expedición de la certificación médica solicitada y comunicará a la trabajadora que no cabe iniciar el procedimiento dirigido a la obtención de la correspondiente prestación.

Una vez certificado el riesgo, si no ha sido posible el cambio del puesto de trabajo de la trabajadora afectada, la empresa la declarará en situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo.

Para el reconocimiento del subsidio, la trabajadora deberá presentar una solicitud dirigida a la dirección provincial competente de la entidad gestora de la provincia en la que tenga su domicilio o ante la MATEPSS que le corresponda. El director provincial de la entidad gestora competente dictará una resolución expresa y la notificará a la interesada en el plazo de 30 días, contados desde la recepción de la solicitud.

■ *Art. 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.*

■ *Art. 31-51 RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.*

■ *Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Madrid 2008.
Formato word en www.sego.es.
www.sn.im/somamfyc2011it-89a
Formato en pdf en www.navarra.es
www.sn.im/somamfyc2011it-89b*



135

¿Cuándo comienza y cuándo se extingue la prestación del subsidio por riesgo durante el embarazo?

En el caso de **riesgo durante el embarazo**, el derecho al subsidio nace desde el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo o el permiso por riesgo durante el embarazo, que nunca puede ser en fecha anterior a la de la emisión por parte de la entidad gestora o mutua del certificado de existencia de riesgo durante el embarazo. Se abonará durante el tiempo que sea necesario para la protección de la salud de la trabajadora embarazada, del feto o de ambos, y finalizará el día anterior al del inicio del descanso por maternidad o el de reincorporación al puesto de trabajo.

El derecho se extingue:

- Por inicio del descanso por maternidad.
- Por reincorporación al puesto de trabajo anterior o a otro compatible con el estado de la trabajadora afectada.
- Por extinción del contrato por causas legales.
- Por interrupción del embarazo.
- Por fallecimiento de la beneficiaria.
- En el caso de los regímenes especiales, por causar baja en el que le corresponda.

En el caso de **riesgo durante la lactancia natural**, el derecho al subsidio comienza el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante la lactancia natural, que nunca puede ser en fecha anterior a la de la emisión por parte de la entidad gestora o mutua del certificado de existencia de riesgo durante la lactancia natural. Asimismo, no procede el reconocimiento de esta prestación mientras no se haya extinguido el período de descanso por maternidad.

Este derecho se extingue:

- Por cumplimiento de los nueve meses del hijo.
- Por reincorporación de la trabajadora afectada al puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su estado.

- Por extinción del contrato de trabajo por causas legales.
- Por interrupción de la lactancia natural.
- Por fallecimiento de la beneficiaria o del lactante.
- Para los regímenes especiales, por causar baja en el régimen correspondiente.

?

136

Si una trabajadora es *pluriempleada*, ¿se le concederá la prestación por *riesgo durante el embarazo* por sus dos trabajos?

Si la situación de riesgo afecta a todas las actividades desempeñadas, la trabajadora sí tendrá derecho a la prestación en cada uno de los regímenes, siempre que reúna los requisitos exigidos de forma independiente en cada uno de ellos.

Si la situación de riesgo no afecta a todas las actividades realizadas, la trabajadora tendrá derecho al subsidio únicamente en el régimen en que esté incluida la actividad de riesgo.

VII. Casos especiales



137

¿Qué ocurre si un paciente está en situación de baja y se le acaba el contrato de trabajo?

Si un trabajador está de baja y pierde su empleo, *continúa en situación de IT*, pero:

- Pasa a la modalidad de «pago directo» por la entidad gestora (INSS, ISM) o colaboradora (MATEPSS). Es decir, que el encargado de hacer efectiva la prestación económica (si tuviera derecho a ella) deja de ser la empresa («pago delegado») y comienza a serlo la entidad citada.
- El tiempo que permanezca de baja será descontado del tiempo de prestación por desempleo, **excepto si se trata de una contingencia profesional**. Si la prestación por desempleo acaba y el paciente sigue de baja, deberá acudir al INSS para solicitar que le abonen la prestación económica.

Cuando se le dé el alta médica, podrá tener derecho a un subsidio por desempleo por haber agotado una prestación contributiva, por lo que para solicitarlo deberá ponerse en contacto con el Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE) o con el organismo pertinente de su comunidad autónoma.

■ *Art. 222.1 LGSS modificado por art. 8 de Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.*



138

¿Qué ocurre si un trabajador autónomo está en situación de baja y *cesa en su actividad*?

Si un trabajador autónomo cesa en su actividad mientras se encuentra en situación de baja, continua percibiendo la prestación por IT en la misma cuantía que la prestación por cese de actividad hasta que se extinga la IT. Entonces pasará a percibir la prestación económica por cese de actividad si le corresponde, de la que se descontará como consumido el tiempo en que haya permanecido en la situación de IT a partir de la fecha de la situación legal de cese de actividad.

Se da la situación contraria cuando el trabajador autónomo está percibiendo la prestación económica por cese de actividad y pasa a una situación de IT. Si se trata de **una recaída** de un proceso iniciado con anterioridad al cese en la actividad, percibirá la prestación por IT en cuantía igual a la prestación por cese en la actividad. Si continúa con IT una vez finalizado el período establecido para percibir la prestación por cese en la actividad, seguirá percibiendo la prestación por IT en la misma cuantía en la que la venía percibiendo.

Si la IT **no constituye una recaída** de un proceso iniciado anteriormente, el trabajador autónomo percibirá la prestación por IT en cuantía igual a la prestación por cese en la actividad; pero si continúa con IT una vez finalizada la prestación por cese en la actividad, percibirá un subsidio del 80 % del IPREM.

Se pretende que esta normativa se amplíe en el plazo de un año a los trabajadores del Régimen Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios.

■ *Art. 13 y disposición adicional octava de la Ley 32/2010, de 5 de agosto, de protección de cese de actividad de los autónomos.*

?

139

Si un paciente está en situación de *desempleo*, ¿se le puede dar una baja médica?

Generalmente nos encontramos con esta circunstancia cuando el paciente solicita la baja porque se le ha ofertado desde el SPEE o el servicio de empleo de su comunidad autónoma un trabajo que considera que no puede realizar por la enfermedad que padece y precisa justificarlo para evitar que no se le retire la prestación económica o que se le elimine de la bolsa de trabajo. La resolución depende de la situación del paciente:

- Si está **cobrando un subsidio por desempleo tiene derecho a beneficiarse de una IT** mientras esta situación dure, sin que varíe la cuantía ni duración del subsidio, ya que el tiempo en que se encuentre de baja «corre» a cuenta el tiempo de paro, salvo en contingencias profesionales.
- **Si no tiene derecho al subsidio por desempleo** o éste ha finalizado, ya no se encontrará dado de alta en la Seguridad Social, requisito necesario para tener derecho al subsidio por IT, por lo que **no procede la baja**, con la excepción de las recaídas descritas en la pregunta 15. Se emitirá entonces un informe médico.

?

140

¿Quién da la baja a un trabajador que se encuentra en la *Unión Europea*?

Si un trabajador español que se encuentra en un **país de la Unión Europea** precisa baja médica, la gestión de la misma (tanto la baja como los partes de confirmación que precise) **comenzará en dicho país** y la tramitará un facultativo de su sistema público de salud.

Esto se realiza mediante los **formularios E-115 y E-116 de los Reglamentos Europeos de Seguridad Social**, los cuales sólo podrán ser emitidos si el paciente dispone de la tarjeta sanitaria europea, que deberá haber solicitado en

España antes de desplazarse a ese país. A su vez, el INSS emitirá el formulario E-123 y en éste reconocerá el derecho del trabajador a la prestación sanitaria en el extranjero.

Sólo cuando el paciente pueda desplazarse a España se podrá trasladar su expediente a través de la inspección médica, tras lo cual será un médico del SNS (o de una mutua, si fuera el caso) quien se hará cargo en adelante de la baja.

Formulario E 115 de Solicitud de Prestaciones Económicas por Incapacidad Temporal de los Reglamentos de la CEE (Información UE).

www.sn.im/somamfyc2011it-140



141

¿Qué ocurre si un trabajador precisa una baja encontrándose fuera de la Unión Europea?

Si el paciente se encuentra en un **país no comunitario**, hay que remitirse al INSS para comprobar si existen convenios específicos con el país en cuestión en materia de IT, y si así fuera actuar en consecuencia.

Si tales convenios no existieran, se emitirá la baja desde el día en que se reconozca al paciente en España, aunque aporte documentación clínica del proceso con fecha anterior al reconocimiento, y sin carácter retroactivo. El tiempo que el paciente haya faltado en el trabajo hasta regularizar en España su situación de IT es un aspecto que debe tratarse exclusivamente entre la empresa y el trabajador.

Sólo se podrá emitir la baja por intermediación de la **inspección médica**, que podrá valorar, tras comprobar documentalmente los informes médicos del país donde ocurrieron los hechos, la situación de enfermedad y la pertinencia de la incapacidad laboral. Así, resolverá si procede autorizar un proceso de IT con carácter retroactivo (ver pregunta 12), pero nunca podrá emitir los partes antes de que el paciente haya regresado a España y haya sido visto por su médico del SPS.



142

Si un paciente tiene *dos empleos*, ¿cómo se le da la baja? ¿Es igual si en uno de los trabajos es autónomo?

Como norma general, se emitirán los partes de **baja y confirmación para todas las empresas y regímenes** para los que el trabajador presta servicios y **por la misma contingencia**, aunque por la patología que presente pudiera realizar su actividad laboral en uno de los puestos de trabajo.

En el caso de que se trate de un accidente de trabajo hay alguna excepción; para valorarla hay que distinguir entre si el trabajador se encuentra en situación de pluriempleo o de pluriactividad.

- **Pluriempleo:** se entiende como aquella situación del trabajador por cuenta ajena que presta sus servicios profesionales a dos o más empresarios distintos y en actividades que dan lugar a su alta obligatoria en un mismo régimen de la Seguridad Social. Por ejemplo, si trabaja por la mañana en una papelería y por la tarde entrenando niños.
- **Pluriactividad:** situación del trabajador por cuenta propia o ajena cuyas actividades den lugar a su alta obligatoria en dos o más regímenes distintos del sistema de la Seguridad Social. Por ejemplo, un trabajador que tenga una tienda propia y trabaje por la noche como camarero por cuenta ajena.

Si un paciente trabaja por **cuenta ajena** en dos empresas (pluriempleo) y en una de ellas tiene un accidente de trabajo, se debe tramitar la baja para las dos empresas y en las **dos como accidente de trabajo**.

Si el paciente sufre un accidente de trabajo en una empresa y además trabaja como **autónomo** (pluriactividad), se emitirá la baja por accidente de trabajo para la primera y la baja por accidente no laboral para su trabajo como autónomo.

No obstante, este último supuesto ha sido objeto de múltiples debates y discrepancias en los tribunales por cuanto no parece estar claro en la legislación.

Régimen Espacial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos
www.sn.im/somamfyc2011it-142

?

143

¿Qué se debe hacer si un paciente con IT se traslada a otra localidad o a otra comunidad autónoma?

Si un trabajador con IT traslada su domicilio y también cambia de médico, debe ser este **nuevo facultativo el que se haga cargo de la baja**.

La necesidad de **trasladar el expediente** no dependerá de si el nuevo domicilio está o no en la misma provincia, sino de que **se siga perteneciendo a la misma inspección médica**. Obviamente, si el paciente se traslada de provincia la inspección cambiará, pero hay provincias que tienen más de una inspección (p. ej., en Madrid). Por tanto:

- Si el paciente cambia de centro de salud y la inspección es la misma, no hay que hacer el traslado del expediente ni dar cuenta a la inspección, aunque sí resulta conveniente (ya les consta el cambio de médico). Para la continuidad de la baja, el paciente debe llevar a su nuevo médico un informe del antiguo facultativo junto con el último parte de confirmación.
- Si el nuevo centro de salud pertenece a otra inspección médica, el paciente debe remitirse a cualquiera de las inspecciones médicas afectadas para informar del cambio de domicilio. Serán éstas las que se encarguen del traslado del expediente y autoricen al nuevo facultativo a que se haga cargo del proceso.

?

144

¿Puede un paciente que está de baja irse de vacaciones?

Que un paciente pueda o no irse de vacaciones dependerá del proceso que haya originado su baja y de la conveniencia o no del desplazamiento si éste puede influir en la recuperación del mismo. Aun estando de baja, no tienen base legal ni las autorizaciones ni las restricciones para los desplazamientos por España, siempre que el desplazamiento no suponga un perjuicio para la recuperación del paciente. La autorización para desplazarse al extranjero, en cambio, se trata de forma diferente (ver pregunta 146).

Con independencia de estas circunstancias, la normativa reguladora de la IT exige que el paciente sea reconocido semanalmente por el médico y que así se pueda hacer un seguimiento del proceso; asimismo, debe estar disponible para acudir a una eventual revisión a petición de la inspección médica, de la mutua o del INSS. Cumplidas estas premisas, la localización física del paciente para el seguimiento de la baja es irrelevante. Si el paciente no garantizase su presencia semanal en la consulta del médico para recoger el parte de confirmación, podría procederse al traslado de expediente por el período de ausencia en su domicilio habitual, si se conociese, pero lo habitual será expedirle el alta por «incomparecencia».

RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.



¿Qué ocurre si un paciente que está *de vacaciones requiere la baja médica?*

Si un paciente está de vacaciones y sufre un proceso que le impediría realizar su trabajo habitual, el papel del médico que se haga cargo del proceso consiste en reconocer al paciente y **emitir el parte de baja con esa fecha**, independientemente de cuántos días haya disfrutado de sus vacaciones, del día de incorporación al trabajo o de aspectos de otra índole.

En principio se perderán las vacaciones (no se interrumpen por la existencia de una IT intercurrente), salvo que haya un convenio con la empresa en otro sentido y, aunque hay jurisprudencia a favor de trabajadores que han reclamado el disfrute de sus vacaciones posteriormente e incluso una vez transcurrido el año natural, no existe una norma de aplicación general a este respecto.

Por otra parte, puede darse el caso de un paciente que, estando de vacaciones, hubiera sufrido un accidente o una enfermedad por la que hubiera sido asistido sanitariamente, pero que no hubiera solicitado la baja. Si, finalizadas las vacaciones, en el momento de reincorporarse a su trabajo la incapacidad laboral persistiera, sería perfectamente legal que acudiese a su médico para que

éste valorase, tras informarle de los antecedentes y con los informes oportunos, sí existiría motivo para una IT y la oportuna emisión de la baja.

?

146

¿Puede un paciente que está de baja irse a tratar al extranjero?

Los desplazamientos al extranjero para recibir tratamiento cuando el paciente ya está en situación de IT o se prevé que del tratamiento recibido surja dicha situación de IT (p. ej., una cirugía programada en el extranjero) deben **ser gestionados directamente por el paciente en los servicios centrales sanitarios de cada comunidad autónoma**, que serán los encargados de la resolución del caso. Esto es necesario tanto porque el tratamiento puede ser fruto de una derivación asistencial internacional a cargo del SNS como por los efectos colaterales del mismo (posible reintegro de gastos), incluida una probable IT.

?

147

En el caso de un trabajador español que trabaja en España para una *empresa extranjera*, ¿quién le da la IT?

Cuando una empresa extranjera contrata a un trabajador por cuenta ajena al que es de aplicación la legislación española de Seguridad Social, debe inscribirse como empresa del régimen general de la Seguridad Social en la Dirección Provincial de la Tesorería General de la SS del lugar donde presta los servicios el trabajador. Por tanto, la empresa debe cotizar por ese trabajador en España, por lo que el trabajador tendrá los mismos derechos que otro que trabaje para una empresa española, es decir, si precisa una baja, el médico de familia la gestionará.

?

148

¿Qué se debe hacer cuando un paciente que está de baja *ingresa en prisión*?

Si un paciente en situación de IT *ingresa en prisión*, su nueva situación de reclusión no modifica por sí misma el proceso de la baja. El médico inicialmente responsable lo seguirá siendo, previa información de esta circunstancia al médico de la prisión. Se generarán los partes de confirmación, que recogerá, con conocimiento de la inspección médica, algún familiar, y cuando la situación clínica lo permita se tramitará el alta. Por las implicaciones administrativas y legales, así como por las probables dificultades de comunicación del médico de familia con los servicios sanitarios penitenciarios, es preferible gestionar este tipo de casos a través de la inspección médica.

?

149

Un *recluso penitenciario*, ¿tiene derecho en alguna circunstancia a subsidio por IT?

Los reclusos que realicen actividades laborales tienen derecho a prestación económica por IT sólo si ésta deriva de contingencias profesionales. En caso de que cumplan condena a pena de trabajo en beneficio de la comunidad, percibirán el subsidio según la base mínima de cotización. Los que trabajen en talleres de centros penitenciarios cobrarán en función de la base de cotización que tengan.

?

150

¿Tiene derecho un *religioso* a baja por enfermedad o a prestación por IT?

Todos los religiosos tienen **derecho a baja** en caso de enfermedad o accidente, aunque no todos percibirán la prestación económica asociada.

- ↗ Los colectivos que **no** tienen reconocida esta protección son:
- El clero diocesano.
 - Los rabinos de la comunidad israelita.
 - Los clérigos de la Iglesia Ortodoxa Rusa del Patriarcado de Moscú en España.
 - Los miembros de la Orden Religiosa de los Testigos de Jehová en España.
- ↗ Entre los colectivos que **sí** pueden percibir prestación económica se encuentran:
- Los ministros de culto de las Iglesias pertenecientes a la Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España.
 - Los dirigentes religiosos e imanes de las comunidades integradas en la Comisión Islámica de España.

Además percibirán prestación en razón de su trabajo los religiosos que realicen otra actividad profesional (p. ej., profesores o enfermeros).



151

¿Tiene derecho un paciente a beneficiarse de la IT tras haberse sometido a una intervención de cirugía estética?

El art. 128 de la LGSS y el art. 1 de la Ley 40/2007 señalan que «tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal: Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba **asistencia sanitaria de la Seguridad Social** y esté impedido para el trabajo». La cirugía estética no cumple este requisito. Sin embargo, cualquier complicación que produzca la misma e impida al trabajador realizar su tarea habitual, sí cumple este presupuesto.

Es una situación compleja, en que la jurisprudencia ha sido vacilante, y que puede plantear problemas de carácter ético a la hora de darle una solución; por ello, debe ser valorada de manera individual. El argumento que sirve para denegar la IT tras una cirugía realizada en un centro fuera del SNS no se basa en la necesidad o no de la intervención, sino en el lugar en el que se ha practicado la intervención, esto es, fuera del SNS.

Sin embargo, hay procesos tras los cuales sí se emite IT, aunque la intervención se haya realizado fuera del SNS: aquellos en los que el médico de familia asume su necesidad y parte de la atención a su nivel asistencial, pese a que la situación tenga su origen en la sanidad privada. Se trata generalmente de los procesos de patología relevante que están incluidos en la cartera de servicios aprobada por el SNS. Por el contrario, en aquellos en los que no se asume ninguna parte de la atención, que suelen coincidir con los excluidos de la cartera de servicios, se puede denegar la baja.

Art. 128 Ley General de la Seguridad Social modificado por el art. 1 de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.

Sentencia 3253/2007, de 18 de diciembre, TSJ País Vasco (Sala Social, secc. 1.ª) JUR\2008\126707.



152

¿Tiene derecho un paciente a beneficiarse de una IT tras haberse sometido a un procedimiento realizado en un *hospital privado*?

En concordancia con lo expuesto en la pregunta 151, tiene derecho en el mismo **momento en que el facultativo asume el control** del proceso y parte de su atención sanitaria a su nivel asistencial, así como si se considera que el trabajador no puede realizar su tarea habitual (aunque el paciente siga acudiendo a revisiones con otros especialistas ajenos al SPS).

?

153

¿Es necesario estar de baja para solicitar una valoración de la minusvalía?

Cualquier persona (desde un recién nacido hasta un anciano) que lo considere necesario por padecer un defecto físico, psíquico o sensorial, puede solicitar una valoración de la minusvalía ante los Servicios Sociales de la Comunidad; para ello deberá aportar los informes o pruebas médicas que acrediten su minusvalía. Sólo si dicha minusvalía impide la normal realización de su actividad laboral se deberá emitir la baja. Ambos procesos, IT y minusvalía, son independientes y como tal deben gestionarse.

?

154

El «acoso laboral» o *mobbing*, ¿debe considerarse una contingencia común o profesional?

El *mobbing* no constituye un diagnóstico médico para una baja; es un delito desde una reciente reforma del Código Penal. En cambio, sí que es diagnóstico para una baja un cuadro de *ansiedad reactiva* (a la situación laboral), por ejemplo.

Hasta ahora, los casos de *mobbing* que se han considerado como accidente de trabajo, han sido reconocidos como tales tras una resolución judicial, lo que significa que el trabajador debe interponer una demanda laboral.

En estos casos, si el médico del SPS lo considera oportuno, podrá dar una baja por contingencia común, mientras que el trabajador podrá interponer la demanda contra la empresa o una querrela contra el acosador. Si finalmente se demuestra que existió acoso y el juez declara que se trató de una contingencia profesional, tendrán que abonarle lo que le suponga la diferencia del paso de CC a CP durante el tiempo en que haya estado en situación de IT.

■ Art. 173.1 Código Penal.

?

155

¿Tienen los *abogados y otros profesionales liberales* la obligación de estar dados de alta como autónomos o en algún otro régimen?

Determinadas profesiones liberales están exentas de la obligación de cotizar a la Seguridad Social cuando su colegio o asociación profesional garantice la cobertura asistencial y dicha mutualidad actúe como alternativa al Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA). Es decir, que para cualquier trámite en cuestiones de salud debe hacerse cargo su colegio o asociación profesional, que es quien asume esa competencia.

Este colectivo se encuentra fuera de la cobertura sanitaria pública, excepto si existe un convenio (p. ej., los abogados catalanes sólo pueden acceder a la misma con la consideración de pacientes privados). En caso de necesitar un documento para justificar una enfermedad (p. ej., para cobrar un seguro privado de enfermedad que tengan contratado), se les dará un certificado médico.

Para los trabajadores de profesiones liberales que estén dados de alta en la Seguridad Social, la gestión de la baja será la habitual.

No obstante lo anterior, la Ley 33/2011 (aún pendiente de desarrollo reglamentario) garantiza la universalización de la atención sanitaria pública para todos los españoles residentes en territorio nacional, con inclusión expresa de aquellos que tienen actividad por cuenta propia.

Disposición Adicional Sexta.3 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

?

156

¿Hay diferencias en las prestaciones por contingencia común o profesional en empleados de *empresas de trabajo temporal*?

No. Las prestaciones económicas y sanitarias para un trabajador en situación de IT no varían porque éste tenga contrato con una **empresa de trabajo temporal** (ETT). Es la ETT y no la empresa a la que el trabajador es cedido la que se encarga de cumplir los deberes con la Seguridad Social.



157

¿Se puede dar la baja al progenitor de un niño con cáncer por la hospitalización de su hijo?

No, si se alega la enfermedad del niño como motivo de la baja. Sólo es posible si dicha circunstancia provoca una patología en el sujeto que le impide la realización de su trabajo habitual.

Sin embargo, a partir del 1 de enero de 2011, se reconoce la prestación económica a los progenitores, adoptantes o acogedores de carácter preadoptivo o permanente para el cuidado del menor/es a su cargo con cáncer o afectos de una enfermedad grave de las establecidas reglamentariamente y que requieran hospitalización prolongada. Para ello, son necesarios que se cumplan los siguientes requisitos:

- Ambos progenitores deben trabajar.
- El menor ha de padecer un tumor maligno, melanoma o carcinoma o una enfermedad considerada grave (en el momento de la edición, todavía pendientes de determinar).
- Es preciso que un informe del SPS u órgano administrativo sanitario de la comunidad autónoma correspondiente acredite el motivo y la duración previsible de la hospitalización, así como la necesidad de tratamiento continuado de la enfermedad.
- El beneficiario debe reducir su jornada de trabajo al menos en un 50% de su duración a fin de poder dedicarse al cuidado directo, continuo y permanente del menor.
- El beneficiario debe cumplir los requisitos establecidos para la maternidad contributiva: estar afiliado a la Seguridad Social y haber cubierto el período mínimo de cotización correspondiente en cada caso (ver pregunta 112).

Aunque ambos progenitores, adoptantes o acogedores de carácter preadoptivo o permanente cumplan estos requisitos, sólo se concederá la prestación a uno de ellos.

La prestación económica consistirá en un subsidio similar al establecido para la prestación de IT por contingencias profesionales (100% de la BR) y en proporción con la reducción de la jornada laboral. La gestión del mismo corres-

ponderará a la MATEPSS o la entidad gestora con la que la empresa tenga concertada la cobertura por contingencia profesional.

El subsidio se extinguirá cuando, previo informe del SPS o del órgano administrativo sanitario de la comunidad autónoma, cese la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del menor o éste cumpla 18 años, o bien haya fallecido, haya fallecido el beneficiario, causen baja cualquiera de los progenitores en el sistema de Seguridad Social o se reconozca una pensión al beneficiario.

Art. 135 RDL 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

RD 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedades graves
www.sn.im/somamfyc2011it-157b



158

¿Qué peculiaridades tiene la gestión y el control de la IT en *Cataluña* a través del ICAM?

En la actualidad, en Cataluña todavía no se han constituido los equipos de valoración de incapacidades (EVI); por este motivo, en esta comunidad autónoma, la normativa relativa a incapacidades laborales requiere ciertas adaptaciones o presenta algunas peculiaridades, pues no existe una dicotomía en lo que se refiere a la inspección, como ocurre en el resto del Estado, donde está representada por los servicios de inspección sanitaria, dependientes de las consejerías de Salud y la de los EVI, a su vez dependientes del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

En Cataluña, el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM), organismo autónomo administrativo adscrito al Departamento de Salud, representa de manera unitaria las funciones de inspección en lo referente a los procesos médicos y sanitarios en materia de incapacidad laboral.

Como ejemplo de las peculiaridades a las que hacíamos referencia, cabe indicar que el procedimiento de disconformidad contra el alta médica expedida

por la entidad gestora no puede aplicarse. O el hecho de que, tras la prórroga de Incapacidad Temporal (IT) del mes 12, los médicos de Atención Primaria de Salud y los médicos evaluadores del ICAM continúan siendo los responsables del seguimiento de la IT, así como que pueden expedir el alta del proceso en aquellos casos que consideren oportuno, un alta que es ratificada mediante resolución del director provincial del INSS.

El ICAM actúa como servicio médico de inspección y realiza funciones de evaluación médica, peritaje, arbitraje, asesoramiento e informe; también dictamina sobre las actuaciones sanitarias del sistema sanitario público en el marco de las reclamaciones patrimoniales.

El ICAM defiende la transparencia y cooperación entre los agentes, siendo muestra de ello la composición de su consejo asesor, en el que se hallan representados, entre otros, médicos del Servicio Público de Salud, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, asociaciones patronales, los sindicatos, etc.

Índice de conceptos

A

3-AT-19-B, 43
accidente de trabajo,
 determinación de contingencia,
 47-50
-- disconformidad alta mutua,
 49-50
-- duración, 46
-- emisión, 45-47
-- *in itinere*, 41, 76
-- INSS, 47
-- lesión permanente no
 invalidante, 60
-- denegación, 47, 48
-- prestación, 45-47
-- requisitos, 40-44
acogimiento familiar, 106
acoso laboral, 138
adopción, 106, 113-115
 duración, 110, 111
 internacional, 113, 114
afiliación, 32
agotamiento de plazos, 95, 96
alta, 19, 100-103
 económica, 19
 por INSS, 96, 97
 propuesta de, 102, 103
 rechazo, 30
 tipos, 22, 23
anulación, 94
atención especializada, 37
atentado terrorista, 42, 43
autónomo, 82, 83
 cese de actividad, 118, 128
 cobertura, 70-76
 contingencia común, 74
 -- profesional, 72, 75-77
 económicamente dependiente,
 40, 41, 70, 72

 mutua, 74-76
 prestación, 71, 74
 seguro, 76, 77
 situaciones asimiladas al alta,
 28, 29

B

baja, anticipada, 26
 comienzo, 27, 28
 corta, 24,25
 rechazo, 29
 retroactiva, 26, 27
beneficiario, 25, 26

C

cáncer, 140, 141
Cataluña, 141, 142
certificado médico, 123, 124
cierre patronal, 31, 32
cirugía estética, 136, 137
compatibilidad, 117
cómputo de plazos, 58, 59, 66,
 95
confidencialidad, 99, 100
consulta médica, 35
contingencia, cambio, 48
 común, 98, 99, 101, 102
 determinación de, 48
 profesional, 102
contrato formativo, 34

D

denegación, 94
desempleo, 118, 129
despido, 127
desplazado, 133, 134
día trabajado, 27, 28
duración, 33
 incapacidad temporal, 24, 25

E

embarazo, riesgo durante, 122-126
empleado hogar afiliación, 79
 cobertura, 79, 80
 contingencia común, 80
 -- profesional, 79, 80
 cotización, 79
 discontinuo, 77
 exclusión, 78
 exclusivo, 77
 maternidad, 80, 81
 prestación, 79-81
 requisitos, 77, 78
 riesgo embarazo, 80, 81
 -- lactancia, 80, 81
 tiempo parcial, 77
empresa de trabajo temporal, 139
enfermedad intercurrente, 34, 35
 profesional agotamiento plazo,
 55, 56
 cambio puesto trabajo, 53-56
 cobertura, 51-53
 concesión, 52, 53
 determinación, 51
 lesión permanente no
 invalidante, 60
 notificación, 51
 período de observación, 54, 55
 prestaciones, 53, 54
 régimenes, 54
 riesgo, 53, 54, 56
 relacionada con el trabajo, 44
 sospecha, 52, 53
 tiempo máximo, 55, 56
 -- subsidio, 50
Equipo de Valoración de
 Incapacidades (véase *EVI*)
especialista hospitalario, 37
EVI, 65

examen, 36
extinción, 98, 99
extranjero, 129, 130, 134

F
fin de contrato, 127
formación, 34

H
hijo, hospitalización, 140, 141
historia clínica, 99, 100
huelga, 31, 32

I
ICAM, 65, 141, 142
in itinere, 40, 41
incapacidad permanente absoluta, 61, 62
-- alta propuesta incapacidad, 57-59
-- compatibilidad con incapacidad temporal, 58, 59, 64, 66
-- con trabajo, 62-64
-- concesión, 65
-- cualificada, 63, 64
-- denegación, 58, 59, 65, 66
-- grados, 61
-- inicio, 58
-- parcial, 61, 62
-- período mínimo cotización, 59
-- prestaciones, 62-64
-- profesión habitual, 60
-- requisitos, 59
-- solicitud, 57, 58, 65
-- total, 61, 62
informe adicional, 18
-- clínico-laboral P47, 57, 58
ingreso hospitalario del hijo, 118, 119
inspección, 99, 100
INSS alta, 95
-- control, 65, 95, 96
-- intención del alta, 95
-- propuesta de alta, 95, 96
Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (véase *ICAM*)
Instituto Nacional de la Seguridad Social (véase *INSS*)
Instituto Social de las Fuerzas Armadas (véase *ISFAS*)

invalidez, gran, 61, 62
ISFAS, 88-90

J
jornada parcial, 115, 121
justificante, 24, 25

L
lactancia, 122
-- riesgo durante, 123- 126

M
maternidad, 108
-- duración, 110, 111
-- extinción, 114
-- fallecimiento hijo, 111, 112
-- madre, 112
-- mutualidad profesional, 109, 110
-- no contributiva, 107-109
-- permiso, 118-121
-- requisitos, 106, 107
-- situaciones protegidas, 106
minusvalía, 138
MUFACE, 85-87
MUGEJU, 87, 88
Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (véase *MUFACE*)
Mutualidad General Judicial (véase *MUGEJU*)
mutualidad profesional, 109, 110, 139
mutuas, 47-52, 98-103

P
pago único, 64
parte de asistencia sanitaria por accidente, 43
-- confirmación, 18, 19
Paternidad, permiso, 114-117, 121
-- duración, 117
período de carencia, 32
plazos, 33
pluriactividad, 131
pluriempleo, 126, 131
prestación, 125, 126
prisión, 135
privado, 136, 137
prórroga, 33, 96, 97
prueba diagnóstica, 35, 101

R
REA, 82
-- cobertura, 82, 83
-- exclusión, 82, 83
recaída, 23, 24
reclamación, 97
recluso, 135
recuperación inadecuada, 31
REEH, 82
Régimen Especial Agrario (véase *REA*)
Régimen Especial de los Empleados de Hogar (véase *REEH*)
Régimen Especial de la Minería del Carbón (véase *REMC*)
Régimen Especial de Trabajadores del Mar (véase *RETMAR*)
Régimen General, 82
religioso, 135, 136
REMC, 90
requisitos, 32, 122, 123
reserva puesto, 67
responsabilidad empresario, 63, 64
RETMAR, 83-85
riesgo recuperación, 31

S
SETA, 82, 83
Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios (véase *SETA*)
situación asimilada al alta, 28, 29, 32, 54
subsidio comienzo, 20, 21
-- cuantía, 20, 21
-- extinción, 21
-- financiador, 20, 21
suspensión, 94

T
trabajo temporal, 139
traslado, 132
tratamiento, 101
-- rechazo, 30, 31
turno de noche, 28
tutela, 106

V
vacaciones, 132-134
viaje, 36, 129, 130, 132-134

más de

150 RESPUESTAS

SOBRE INCAPACIDAD TEMPORAL

Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC

El día a día de la consulta de Atención Primaria obliga a manejar con agilidad las situaciones más habituales en el ámbito de la incapacidad temporal; pero existen circunstancias menos corrientes que a menudo generan dudas acerca de cuál es el procedimiento correcto. Con esta obra se pretende poner a disposición de los médicos de familia una guía rápida de preguntas y respuestas que puedan consultar.

Este libro no pretende ser una obra exhaustiva, sino que se orienta a la resolución concreta de los problemas de carácter legal y administrativo que surgen en el ámbito de la incapacidad temporal con la intención de ser útil como guía de consulta para mejorar el trabajo diario.