

Guía informativa sobre las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y la Acción Sindical en este ámbito



Región
de Murcia



Castilla
y León



AT-0038/2015 y AT-0033/2015
Con la Financiación de:



FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES

Elaborada por UGT Región de Murcia con la colaboración de UGT Castilla y León con la financiación de la FUNDACIÓN para la Prevención de Riesgos Laborales (AT-0038/2015) y (AT-0033/2015).

Diseño y maquetación: www.stamparte.es

El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de la entidad UGT Murcia y no refleja necesariamente la opinión de la FUNDACIÓN de Prevención de Riesgos Laborales.

Con la Colaboración de:

AT-0038/2015 y AT-0033/2015
Con la Financiación de:



CONTRA LOS ABUSOS DE LAS MUTUAS

¡ACTÚA!
¡RECLAMA!
¡DENUNCIA!

CONTRA LOS ABUSOS DE LAS MUTUAS ¡ACTÚA! ¡RECLAMA! ¡DENUNCIA!

Las mutuas, antes denominadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad, y ahora simplemente “colaboradoras con la Seguridad Social”, son entidades “privadas” sin ánimo de lucro que tradicionalmente se han encargado de la gestión de las contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional).

Esto es así hasta 1994, momento a partir del cual se inicia un proceso de asunción paulatina de funciones que ha culminado en el año 2015, con la aprobación de la denominada “Ley de Mutuas”. Es precisamente en 1994 cuando comienzan a intervenir en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes (accidente no laboral y enfermedad común), asumiendo el control de la prestación económica.

Desde entonces, se ha ido modificando el marco normativo de la incapacidad temporal bajo el pretexto siempre de controlar el gasto, en una única dirección: incremento de los controles sobre los trabajadores enfermos y externalización del control de la IT.

El trasfondo de todas las reformas operadas en el marco de esta prestación ha sido, y sigue siendo, privatizar de manera sigilosa y encubierta, no sólo una prestación pública sino la propia asistencia sanitaria. Permitir la intervención de las mutuas en la gestión de la incapacidad temporal, habilitándolas para suspender y extinguir la prestación, realizar pruebas diagnósticas y tratamientos médicos, someter al trabajador a un control que ya es ejercido por el Sistema Público de Salud e incluso, por el propio INSS, y permitir la posibilidad de suscribir convenios con la sanidad pública para la realización de pruebas y tratamientos supone privatizar la red sanitaria pública en favor de asociaciones privadas de empresarios.

Recientemente se han publicado dos normas de enorme trascendencia en este ámbito, y sobre todo, con gran repercusión sobre los intereses de los trabajadores. Por un lado, el RD 625/2014, de 18 de julio, donde se regula una parte importante de la gestión y control de las bajas por contingencia común (desarrollada a través de la

Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio), y por otro, la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, donde se regula el régimen jurídico de las Mutuas.

Ambas son importantes pero destaca la primera, en la medida en que modifica determinados aspectos de la gestión de la incapacidad temporal, y por consiguiente se alteran las funciones de los sujetos que intervienen en los procesos de IT, desde médicos de atención primaria, pasando por el INSS y por supuesto las mutuas.

Como aspectos más novedosos destacamos:

1. Los únicos que pueden seguir dando bajas y altas en contingencias comunes (en procesos de duración inferior a los 365 días) son los médicos de atención primaria. Los médicos de las mutuas podrán proponer el alta médica.
2. Los procesos de incapacidad temporal se clasifican en 4 tipos:
 - Procesos de duración muy corta: Inferior a 5 días naturales.
 - Procesos de duración corta: de 5 a 30 días naturales.
 - Procesos de duración media: de 31 a 60 días naturales.
 - Procesos de duración larga: Superior a 61 días naturales.
3. Los partes de confirmación ya no se expedirán y recogerán semanalmente, sino en función de la duración estimada de la baja. De esta forma, cuando:
 - La duración de la baja sea inferior a 5 días: alta y baja en el mismo momento.
 - La duración de la baja tenga una duración entre 5-30 días; primer parte de confirmación a los 7 días, el resto cada 14 días como máximo.
 - La duración de la baja tenga una duración entre 30-60 días; primer parte de confirmación a los 7 días, el resto cada 28 días como máximo.
 - La duración de la baja tenga una duración superior a 61 días; primer parte de confirmación a los 7 días, el resto cada 35 días como máximo.

4. Cambian los informes complementarios y de control que realizan los médicos de atención primaria, **a los que podrán acceder el INSS y la mutua.**
5. Cambian los modelos de baja/alta y partes de confirmación.
6. Se modifica el momento a partir del cual la mutua puede ejercer el control de la IT, que ahora será **a partir del mismo día de la baja.**
7. Se crea el **procedimiento de suspensión cautelar de la prestación** en aquellos casos, en los que el trabajador no acuda a la cita de la mutua (actos de comprobación), y no lo justifique en tiempo y forma.
8. Cambian los plazos para comunicar la baja y el alta a la empresa:
 - 3 días hábiles: entrega parte de baja.
 - 24 horas: entrega parte de alta.
 - 3 días hábiles para entregar la baja o la confirmación al INSS o a la mutua en el caso de pérdida del empleo con derecho a prestación.



NUEVOS MODELOS DE PARTES

Parte médico de baja/alta de incapacidad temporal.

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: Enfermedad común (EC) Accidente no laboral (ANL) **ENTIDAD EMISORA**
 Accidente de trabajo (AT) Enfermedad profesional (EP) SPS INSSISM MUTUA
 Período de observación por enfermedad profesional

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____ DNI/NIE/pasaporte _____
 N° Tarjeta Sanitaria _____ N° de la Seg. Social _____ Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) _____ Número Bloque Escalera Piso Puerta _____
 Localidad _____ Provincia _____ Código postal _____ Teléfono móvil _____ Teléfono fijo _____
 Nombre de la empresa _____ Puesto de trabajo _____ Código nacional de ocupación (CNO) _____

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

DIAGNÓSTICO _____ Código CE-9 (solo en contingencia) _____

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP _____ Level⁽¹⁾ Grave⁽¹⁾ Muy grave⁽¹⁾ Código CE-10 (solo en EP) _____
 Código de enfermedad profesional _____ Tipo de asistencia: Ambulatoria Hospitalaria
 Parte del cuerpo dañada⁽¹⁾ _____
⁽¹⁾ Solo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO Muy corto Medio DURACIÓN ESTIMADA _____ Fecha de la siguiente revisión médica _____
 Corto Largo _____ días _____

PARTE DE BAJA Fecha de la baja _____
 Recibe: SI NO
 Fecha de baja del proceso inicial del que se resalta _____

PARTE DE ALTA Fecha del alta⁽²⁾ _____

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:
 Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual
 Faltamiento
 Propuesta de incapacidad permanente
 Inicio de situación de maternidad
 Incompatibilidad

DATOS DEL FACULTATIVO CUAS
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
 Firma, fecha y sello _____
 N° de colegiado _____
 N° de identificación del facultativo _____

RECORDE: Si el INSSISM o la MUTUA, le cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación será suspendido automáticamente, en virtud de lo previsto en el art. 133.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

Contra esta nota podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.
 En los casos de alta médica por contingencia profesional emitida por una mutua, podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión del alta ante la entidad gestora (INSSISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto retroactivo del día, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1436/2009, de 11 de noviembre.

QUÉ HACEMOS CUANDO LAS MUTUAS NOS DERIVAN AL MÉDICO DE CABECERA (SISTEMA PÚBLICO DE SALUD)

En numerosas ocasiones nos encontramos con que la Mutua nos deriva hacia el sistema público, aunque nosotros consideremos que es ella la que nos debe tratar, ya que nuestra patología proviene de nuestro trabajo o ha sido durante los trayectos de ida y vuelta (In Itinere). El problema de esta situación tiene una doble vertiente una personal y otra social. La personal es que vamos a sufrir un recorte en nuestra retribución ya que la prestación de la contingencia común es más baja que la profesional. Además el tratamiento farmacológico, protésico, rehabilitador, etc., lo abonaremos en función de si entra "por el seguro" o no. Sin embargo si la contingencia es profesional todos estos tratamientos nos los deberá dispensar la mutua de manera gratuita. La vertiente social tiene que ver con la anterior ya que estamos "tirando" de recursos públicos por una cuestión que deviene de nuestro trabajo y para lo que están las Mutuas, por lo tanto estamos gastando dinero de todos y cargando al sistema con algo que no le corresponde.

Es conveniente tener estas cuestiones en cuenta ya que aunque tengamos el complemento de convenio y nuestra retribución no se vea minorada de manera directa, que sí cuando abonamos los tratamientos, estamos generando un gasto al sistema público que no debe sostener ya que las Mutuas fueron creadas para asegurar las contingencias profesionales y no es de recibo que nos deriven al sistema público para "no gastar de lo suyo".

¿Cómo actuar?

En **primer lugar** hay que **quejarse** y para eso tenemos dos vías:

1) Queja en el libro de reclamaciones de la Mutua. De esta manera nuestra queja llegará a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad, trascendiendo del ámbito mutual y dejando el poso de denuncia necesario para posteriores reclamaciones.

2) Queja ante la Oficina Virtual de Reclamaciones vía internet <https://www.ovrmatepss.es>. Esta queja no sustituye a la determinación de contingencias que abordamos en párrafos posteriores. Una vez cursada la queja, el Ministerio de Empleo estima su procedencia y la remite a la mutua denunciada, quien en el plazo de 20 días debe contestar. Si el Ministerio considera satisfactoria la respuesta, se la remite al denunciante, de lo contrario, solicita mayor información a la mutua.

En segundo lugar, debes solicitar el **informe médico** en el que basan su decisión de remitirte al sistema público de salud por considerar la patología como contingencia común. Dicho informe debe contener: descripción de la patología y diagnóstico, tratamiento dispensado y motivos que justifican la determinación de la contingencia como común. Asimismo se acompañarán aquellos informes relativos a las pruebas que, en su caso, se hubieran realizado. Se trata de una exigencia sindical que ha sido considerada y recogida expresamente en la norma y que nosotros, debemos requerir **SIEMPRE**.

En tercer lugar presentar una determinación de la contingencia. Para esto debemos haber recibido la baja de nuestro médico de cabecera, ya que sin esta no hay nada que reclamar.

Una vez obtenida la baja por contingencia común formularemos nuestra discrepancia, o lo que es lo mismo, presentaremos una determinación de contingencias en el modelo habilitado para ello:

<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/189095.pdf>

Acompañaremos este formulario con nuestros informes médicos y cuantos documentos sostengan nuestra petición y lo presentaremos ante el INSS que será el que dictamine, por vía de su Director Provincial, el origen de la incapacidad y sus consecuencias.

La resolución de la determinación tendrá la validez de contestación a la reclamación previa por lo que la impugnación de la resolución tendrá que ir al juzgado de lo social. Es decir si la respuesta no nos es satisfactoria por parte del INSS tenemos que judicializar el asunto.

En cuanto a plazos para esta determinación, la norma que lo regula no establece ninguno, sin embargo no debemos retrasar mucho esta impugnación ya que cuanto más tarde se interponga menos consistencia va a tener nuestra petición.

Acude a la red de asesorías de salud laboral que tiene UGT para que nos informen y nos redacten la documentación a presentar.



QUÉ HACEMOS CUANDO LA MUTUA NOS DA EL ALTA Y NO ESTAMOS EN CONDICIONES DE TRABAJAR (ALTA PREMATURA)

Por ahora las Mutuas sólo pueden expedir altas en los procesos que sean exclusivamente de su competencia, es decir, en las contingencias profesionales, y es aquí cuando nos encontramos que en muchas ocasiones estas entidades se apresuran mucho a dar las altas a pesar de que el trabajador no esté al 100% para trabajar. Es muy curioso que estas entidades colaboradoras con la Seguridad Social se cuiden tanto en proteger sus recursos cuando no tienen ánimo de lucro perjudicando en estos casos, la recuperación del trabajador.

¿Cómo actuar?

En primer lugar formulando la queja en el libro de la mutua y posteriormente a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones.

- 1)** Queja en el libro de reclamaciones de la Mutua. De esta manera nuestra queja llegará a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad, trascendiendo del ámbito mutual y dejando el poso de denuncia necesario para posteriores reclamaciones.
- 2)** Queja ante la Oficina Virtual de Reclamaciones vía internet <https://www.ovrmatepss.es>. Esta queja no sustituye el procedimiento de impugnación del alta que abordamos en párrafos posteriores. Una vez cursada la queja, el Ministerio de Empleo estima su procedencia y la remite a la mutua denunciada, quien en el plazo de 20 días debe contestar. Si el Ministerio considera satisfactoria la respuesta, se la remite al denunciante, de lo contrario, solicita mayor información a la mutua.

En segundo lugar **impugnar el alta médica**, para esto contamos con **10 días hábiles siguientes al de su notificación**.

Con la mera iniciación de esta impugnación se suspenden los efectos del alta de la mutua, esto significa que durante dicho procedimiento se entiende prorrogada la situación de IT, y no tenemos que incorporarnos al puesto de trabajo hasta que el INSS resuelva.

Recuerda, que debes comunicar a la empresa que has iniciado el procedimiento de revisión.

El director provincial del INSS resolverá en 15 días hábiles a contar desde que la Mutua aportó la documentación.

La resolución puede:

- 1)** Confirmar el alta de la Mutua y declarar la extinción del proceso de incapacidad, lo que conlleva devolución de la prestación que hemos percibido mientras se ha tramitado el procedimiento. El trabajador debe incorporarse al trabajo el día siguiente de la fecha del alta médica.
- 2)** Declarar el alta improcedente y por tanto, mantener al trabajador en situación de incapacidad, cobrando la prestación correspondiente.
- 3)** Cuando el interesado durante la resolución se hubiera recuperado, se podrá declarar sin efectos el alta médica. En este caso la resolución determinará la nueva fecha de efectos del alta médica y extinción del proceso de incapacidad temporal.

Si la resolución del INSS es desfavorable, podemos presentar una demanda en el Juzgado de lo Social.

Como conclusión insistir en que este procedimiento esta sujeto a un periodo máximo de impugnación por lo que se recomienda al trabajador que acuda inmediatamente después de recibir el alta a nuestra red de asesorías de salud laboral para comenzar la impugnación.

QUÉ HACEMOS CUANDO LA MUTUA NOS CITA PARA REVISAR NUESTRA BAJA MÉDICA (ACTOS DE CONTROL Y COMPROBACIÓN DE LAS MUTUAS)

Las Mutuas tienen la potestad de realizar actos de control y seguimiento de las bajas médicas, tanto profesionales como comunes. Desde septiembre del año 2014 esta capacidad de control y comprobación podrá realizarla **desde el primer día de la baja médica**.

Para poder ejercer esta competencia, la legislación las habilita para acceder a los informes, pruebas y diagnósticos relativos a la incapacidad temporal objeto de control, en ningún caso tendrán acceso a todo el historial clínico.

Además las mutuas podrán realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos con la finalidad de evitar el alargamiento de la baja, previa autorización del médico del servicio público de salud y consentimiento informado del paciente. **LOS TRABAJADORES PODEMOS NEGARNOS.**

La legislación no regula la periodicidad de estas revisiones, es decir, cada cuanto tiempo pueden citarnos durante todo el proceso de incapacidad temporal, de manera que se están produciendo abusos y sobre todo, una enorme presión sobre los trabajadores a quienes citan “por teléfono” y cada vez que la mutua quiere.

Resulta cuando menos curioso que los médicos de atención primaria, únicos competentes para emitir bajas médicas por contingencias comunes, deban someterse a unos plazos para la emisión de los partes de confirmación y en consecuencia, revisión de la situación de incapacidad temporal, y que por el contrario las mutuas, colaboradoras en la gestión pero en ningún caso responsables de la prestación sanitaria, puedan citar al trabajador cuando consideren oportuno sin someterse a consideraciones clínicas, médicas e incluso, éticas.

La única limitación que encuentran las mutuas es que se respetará el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores.

Para poder someternos a un acto de comprobación **la mutua debe avisarnos con una antelación mínima de 4 días hábiles**, y deben informarnos en la misma citación que en caso de no acudir, se procederá a la suspensión cautelar de la prestación, debiendo justificar la incomparecencia en el plazo de 10 días hábiles siguientes a la fecha de la citación se procederá a la extinción de la prestación.

¿Qué pasa si no acudo a la cita?

La mutua nos suspenderá cautelarmente la prestación, contando con 10 días hábiles para justificar la incomparecencia. Si en esos 10 días no conseguimos justificarlo adecuadamente, la mutua nos extinguirá la prestación.

En estos casos, si justificamos la inasistencia antes del día señalado para el acto de comprobación la mutua nos dará una nueva cita. Por el contrario, si no justificamos en tiempo y forma, suspenderán y posteriormente extinguirán la prestación. En estos casos, se produce la paradójica situación de que seguimos de baja médica, y por tanto, recibiendo asistencia sanitaria, pero no percibimos la prestación económica.

Los motivos que se consideran justificados para no acudir a la cita, están legalmente tasados:

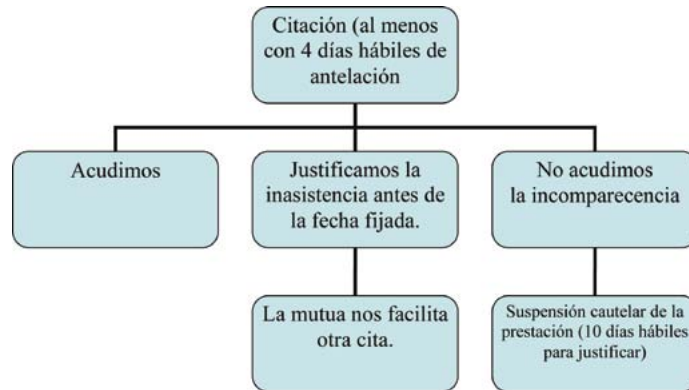
- 1) Aportar informe emitido por el médico del servicio público de salud en el que se señale que la personación era desaconsejable conforme a la situación clínica del paciente
- 2) Cuando la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a 4 días hábiles.
- 3) Cuando el interesado acredite la imposibilidad de la asistencia con otra causa suficiente.

¿Cómo actuar?

Si consideras que entre cita y cita no ha transcurrido un tiempo razonable, bien porque no se han producido variaciones desde la última revisión, bien porque se trata de un tiempo inferior al previsto para recoger el parte de confirmación en el médico de atención primaria:

- 1) Queja en el libro de reclamaciones de la Mutua. De esta manera nuestra queja llegará a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad, trascendiendo del ámbito mutual y dejando el poso de denuncia necesario para posteriores reclamaciones.
- 2) Queja ante la Oficina Virtual de Reclamaciones vía internet <https://www.ovrmatepss.es>. Una vez cursada la queja, el Ministerio de Empleo estima su procedencia y la remite a la mutua denunciada, quien en el plazo de 20 días debe contestar. Si el Ministerio considera satisfactoria la respuesta, se la remite al denunciante, de lo contrario, solicita mayor información a la mutua.
- 3) Exigir las citas por escrito. No conformarnos con citas telefónicas. En este caso, presentar reclamación nuevamente en la propia mutua, así como en la Oficina Virtual de Reclamaciones a las Mutuas.

Recuerda:



QUÉ HACEMOS CUANDO NO TENEMOS MEDIO DE TRANSPORTE PARA ACUDIR A LAS REVISIONES DE LA MUTUA

Los gastos de desplazamiento en los que incurra el beneficiario de la asistencia sanitaria serán resarcidos por la Mutua como parte integrante de la prestación de la asistencia sanitaria. Así como los gastos derivados de las comparecencias requeridas por las mutuas tanto en los procesos de contingencia común, los célebres actos de comprobación, como de contingencia profesional.

Resumiendo todo lo que conlleve la recuperación del trabajador y que sea gestionado por la mutua deberá ser pagado por ésta.

Los desplazamientos con derecho a prestación son:

Contingencia profesional:

Transporte colectivo, incluido taxi cuando su utilización sea prescrita por el facultativo de la Mutua por no existir otro medio de transporte o existiendo, no tenga servicio que se ajuste a la fecha y a la hora. Fuera de este supuesto la utilización del taxi solo se autorizará por la mutua con carácter previo al desplazamiento

Reconocimiento médico:

Sólo se abonarán los gastos de desplazamiento en taxi o ambulancia cuando el estado del enfermo así lo requiera y que sea favorablemente informado por el facultativo de la mutua.

Si no existiera otro medio de transporte colectivo o de existir no tuviera servicio que se ajustara al día y a la hora del reconocimiento, se abonará el desplazamiento en taxi previa autorización de la mutua. Se abonará hasta la estación de transporte público más cercana o si fuera necesario hasta el lugar de citación.

Si el estado de salud del enfermo le impide el desplazamiento:

- 1) El facultativo de la mutua se desplaza hasta su domicilio.
- 2) Se desplaza en ambulancia presentando un certificado del facultativo o centro sanitario que le atiende donde acredite la necesidad de utilizar este medio.

Para ambas situaciones, es decir contingencia profesional y reconocimiento a las personas residentes en distinta localidad de la que se preste la asistencia, tendrán derecho al abono de los gastos de desplazamiento en autobús, tren, taxi barco y avión así como a la compensación por desplazamiento en su vehículo particular a 0,19 €/Km.

Todos estos gastos excepto el del vehículo particular se deberán justificar, con los billetes o la factura del taxi, y se abonará la tarifa más económica.

También se podrán abonar los gastos del acompañante si es imprescindible su presencia.

Las solicitudes de compensación se formularán ante la delegación de la mutua responsable de ésta.



QUÉ HACEMOS FRENTE A LAS RECAÍDAS

Una recaída es la situación en la que se encuentra el trabajador cuando, en un periodo máximo de 6 meses después de ser dado de alta por accidente de trabajo o enfermedad profesional, vuelve a tener síntomas relacionados con ellos. En los últimos años, en los que las Mutuas tratan de limitar sus costes durante las bajas médicas laborales a cualquier costa, incluso anticipando altas aún cuando el trabajador manifiesta no estar al 100% para trabajar, las recaídas han comenzado a repetirse con frecuencia.

La calificación de una nueva baja médica como recaída o no de una previa de origen laboral tiene importantes efectos económicos, además de afectar a los plazos de duración máxima de la incapacidad temporal (en caso de recaída se continuará la baja teniendo en cuenta el número de días de baja que anteriormente corrieran).

Si durante este periodo hay un cambio de mutua, la asistencia sanitaria deberá prestarla la primera mutua, a no ser que la segunda acepte atender el proceso.

La situación que provoca una recaída es especialmente complicada y sus efectos económicos difieren cuando el trabajador es despedido tras sufrir un accidente de trabajo (una práctica que también ha aumentado en los últimos años de crisis) o se le finaliza su contrato temporal, y sufre una recaída en los 6 meses siguientes, cuando ya está en situación de **desempleo**.

Cuando un trabajador que se encuentra percibiendo la prestación por desempleo total cae de baja médica y se considera que la misma es recaída de un proceso anterior iniciado durante la vigencia de un contrato de trabajo, pasará a percibir la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo, y una vez finalizado el periodo de duración establecido inicialmente para la prestación por desempleo, la cuantía de la prestación de la baja médica continuará siendo la misma que venía percibiendo hasta ese momento, hasta la fecha del alta médica.

Sin embargo, si no se considerara recaída, cuando hayan transcurrido el número de días de prestación por desempleo que el trabajador tenía reconocidos, la cuantía de la prestación de la baja cambia, pasándose a cobrar el 80% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) mensual (532,51 €/mes para el año 2016) excluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias. No se tiene en cuenta la base reguladora que tenga el trabajador ni su situación familiar.

Ante una recaída de un proceso anterior de origen laboral, y en el caso de no ser asumida como tal por la Mutua, se debe seguir el mismo procedimiento que se explica para cuando la Mutua nos deriva al médico de cabecera (Sistema Público de Salud).



QUÉ HACEMOS CUANDO EL MÉDICO DE LA MUTUA NOS DA DE ALTA MÉDICA PERO NECESITAMOS SEGUIR CON REHABILITACIÓN

Si el médico de la mutua nos da el alta pero aún tenemos que seguir haciendo rehabilitación, lo primero que hemos de hacer es asegurarnos de que el puesto de trabajo es compatible con nuestro estado de salud.

Si no fuera así, debemos acudir a la Mutua a pedir que nos vuelva a dar la baja o solicitar a la empresa y al Servicio de Prevención que se adapte el trabajo a nuestras condiciones de salud a los efectos de ser considerado como trabajador especialmente sensible (artículo 25.1 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales).

También debes tener en cuenta que la rehabilitación debe hacerse necesariamente en tiempo efectivo de trabajo.



QUE HACEMOS SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL NOS QUEDAN SECUELAS DEFINITIVAS PERO QUE NOS PERMITEN SEGUIR TRABAJANDO

Las secuelas que se derivan del accidente de trabajo o enfermedad profesional pueden restar capacidad laboral en unos casos, hasta el punto de constituir una incapacidad permanente para la profesión u oficio, pero en otros no. Sin embargo, también es cierto que en estos últimos casos al trabajador le quedan unas secuelas que sin llegar a constituir una incapacidad permanente suponen una disminución o alteración de su integridad física, como: pérdida de algún miembro u órgano, anquilosis o rigidez en el movimiento de articulaciones, cicatrices, etc. En todos estos casos los trabajadores tienen derecho a una prestación de la Seguridad Social en concepto de **Lesión Permanente No Invalidante**.

La prestación no es de periodicidad mensual sino que se trata de una indemnización cuya cuantía queda fijada en un baremo. Por ejemplo, si como consecuencia del accidente de trabajo perdemos el dedo índice de la mano derecha, la indemnización asciende a 2420 euros.

Si una vez finalizado el proceso te expiden el alta médica y consideras que existe alguna secuela (de carácter definitivo) susceptible de indemnización, y la mutua no inicia el procedimiento, puede hacerlo tu mismo.

La solicitud se cursa ante el INSS a través de un impreso normalizado, al que debes adjuntar la documentación que en la propia solicitud te indican. El Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) emitirá el dictamen propuesta a la Dirección Provincial del INSS quien emitirá la correspondiente resolución, reconociendo o denegando el derecho en un plazo máximo de 135 días. En la propia resolución establecerán las limitaciones y la cuantía de la indemnización.

El pago de la indemnización corre por cuenta de la Mutua.

El proceso es muy sencillo. Acude a la Asesoría de Salud Laboral de UGT en tu provincia nosotros te ayudaremos con los trámites.

QUÉ HACEMOS CUANDO EN LA MUTUA NO NOS QUIEREN DAR COPIA DE NUESTRO HISTORIAL MÉDICO COMPLETO

Todo paciente tiene derecho a que le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud; por lo tanto, si la Mutua se niega a darnos el informe correspondiente a nuestro estado de salud, o incluso el historial clínico completo que comprenda todas las atenciones y/o consultas médicas que hemos tenido con ella, o por su cuenta, debemos hacer una petición por escrito citando expresamente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 41/2002, Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Si te encuentras con un problema de este tipo, acude a la Asesoría de Salud Laboral de UGT en tu provincia, donde te elaboraremos el escrito.



SITUACIONES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Mi Mutua reconoce la prestación por riesgo durante el embarazo pero no estoy de acuerdo con la fecha a partir de la cual se hará efectiva (riesgo diferido a partir de cierta semana de gestación).

Si las condiciones de trabajo de tu puesto suponen un riesgo para tu embarazo, y no es posible la adaptación o el cambio del mismo, debes solicitar la prestación de riesgo durante el embarazo a tu Mutua, que si te es concedida supone suspender la relación laboral y cobrar una prestación del 100% de la base reguladora por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Profesionales.

Una vez solicitada la prestación y aportados los documentos exigidos:

- Solicitud de certificado médico de riesgo durante el embarazo o lactancia natural
- Evaluación de riesgos de su puesto de trabajo o informe del servicio de prevención de la empresa sobre riesgo del puesto de trabajo de la trabajadora y, declaración empresarial.
- Informe del facultativo del servicio Público de Salud, con indicación de la situación de embarazo o lactancia natural y, en su caso, la fecha probable del parto.

Tu Mutua puede reconocer la existencia de riesgo de forma inmediata o de forma diferida, es decir, reconoce que existe un riesgo pero no en el momento actual, sino a partir de una fecha posterior.

Puede ocurrir que la Mutua, a la hora de establecer la fecha a partir de la cual hay riesgo para el embarazo, no tenga en cuenta riesgos presentes en tu puesto de trabajo.

¿Cómo actuar?

Si no estás de acuerdo con la fecha porque existen riesgos que no se han valorado debes interponer RECLAMACIÓN PREVIA a la vía judicial laboral ante a la Mutua en el plazo de treinta días a contar desde el día siguiente a aquel en que se notifica la resolución.

El plazo para resolver la reclamación y notificar la resolución es de un mes, siendo el silencio administrativo desestimatorio en todos los casos

Si la Mutua responde a la reclamación previa, denegándola, o si actúa el silencio administrativo desestimatorio, se podrá interponer DEMANDA ANTE EL JUZGADO DE LO SOCIAL en el plazo de treinta días contados a partir del siguiente a la fecha de la recepción de la comunicación denegatoria.

Además de seguir esta vía puedes presentar una reclamación en la OFICINA VIRTUAL DE RECLAMACIONES y/o en la propia MUTUA.

Si tienes cualquier duda al respecto, acude a la Red de Asesorías de Salud Laboral que UGT pone a tu disposición.

Estoy de baja por embarazo de riesgo y quiero pedir la prestación por riesgo durante el embarazo.

Debemos distinguir entre estas dos situaciones: embarazo de riesgo y riesgo durante el embarazo.

Un embarazo de riesgo es el aquel que se ve complicado por alguna patología que pueda poner en riesgo la salud de la madre o del bebé, y que puede en algunos casos, hacer necesario que se conceda una incapacidad temporal (baja) por contingencias comunes. Esta baja la concede el Médico de Atención Primaria.

La baja por riesgo en el embarazo se relaciona con las condiciones de trabajo de la gestante (bipedestación, manejo de cargas, temperaturas extremas, exposición a contaminantes, etc.) que pueden tener una influencia negativa en la salud de la madre o del bebé, por lo que se concede una incapacidad temporal por contingencias profesionales. Esta baja la concede la Mutua.

Existen importantes diferencias prácticas entre una y otra.

La principal diferencia es la económica. Una baja por contingencias comunes implica, si no hay complemento en el convenio colectivo, que los primeros tres días no se cobra nada, del 4º al 20º día un 60% de la base de cotización por contingencias comunes y a partir del día 21 el 75%. En el caso de que se conceda baja por contingencias profesionales se cobra el 100% de la base de cotización por contingencias profesionales desde el primer día.

¿Cómo actuar?

Si estás de baja por tener un embarazo de riesgo y quieres pedir la prestación por riesgo durante el embarazo has de saber que entre los requisitos que se exigen para poder solicitar ésta última se encuentra estar en situación de alta, por lo que no puede solicitarse directamente. Es necesario reincorporarse al trabajo, y una vez de alta, solicitarla aportando los documentos establecidos para ello y vistos anteriormente.

En UGT tienes a tu disposición toda la Red de Asesorías de Salud Laboral para ayudarte con estos trámites.

Qué hacemos cuando la Mutua nos deniega la prestación por riesgo durante el embarazo porque en la empresa en la que trabajas no hay evaluación de riesgos.

Puede ocurrir que a la hora de presentar la solicitud para que se reconozca la situación de riesgo durante el embarazo nos encontremos con que nuestro empleador ha incumplido sus obligaciones en materia preventiva,

por lo que no disponemos de documentación alguna que permita acreditar la existencia de un riesgo específico para el embarazo o la lactancia.

Entre la documentación que se nos solicitará por parte de la Mutua se encuentra una evaluación de riesgos del puesto de trabajo o informe del servicio de prevención de la empresa sobre riesgo del puesto de trabajo de la trabajadora. En el caso de que no se nos facilite tal documentación la Mutua podrá denegar la prestación por riesgo durante el embarazo por no haber quedado acreditado el riesgo para el embarazo o la lactancia. En este caso la trabajadora queda desprotegida y expuesta a unas condiciones de trabajo que pueden entrañar un riesgo para ella o para el bebé.

¿Cómo actuar?

En primer lugar debemos presentar una DENUNCIA ANTE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Constituye infracción muy grave el no observar las normas específicas en materia de protección de la seguridad y salud de las trabajadoras durante los periodos de embarazo y lactancia.

Paralelamente podemos solicitar que la Mutua envíe personal propio para evaluar las condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora gestante o del bebé.

Para guiarte en la solución de estos problemas puedes acudir a la Red de Asesorías de Salud Laboral de UGT.



Región
de Murcia



Castilla
y León



Con la Colaboración de:

AT-0038/2015 y AT-0033/2015

Con la Financiación de:



FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES