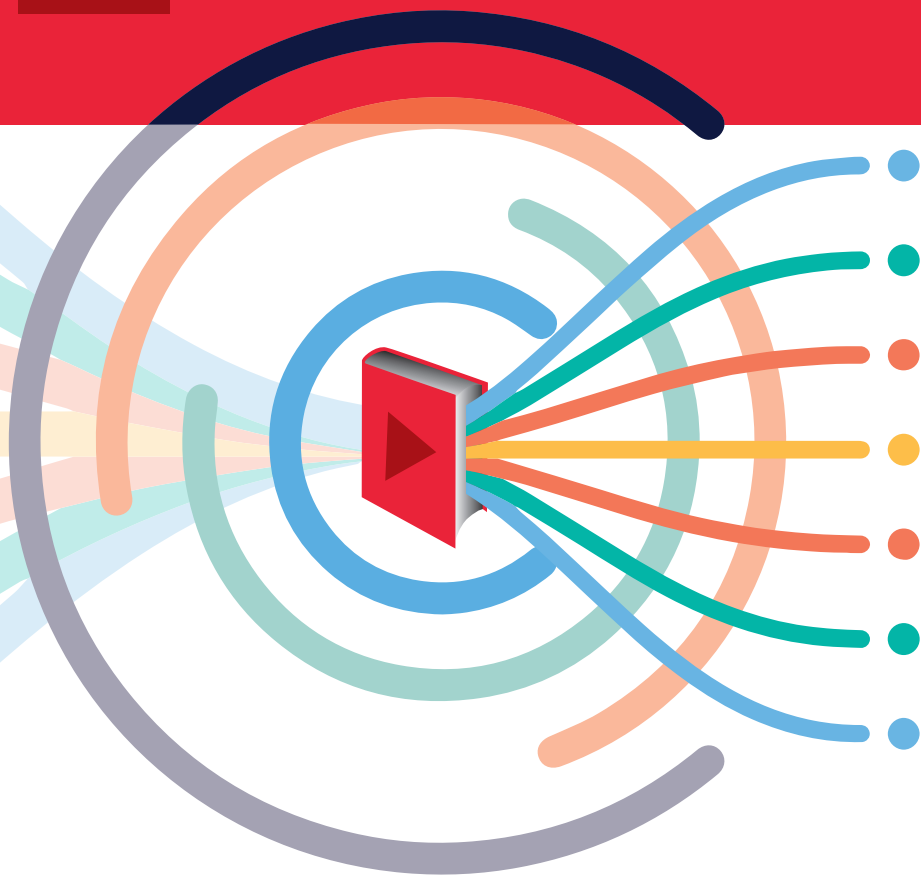


Guía práctica

sobre la Incapacidad Temporal y el papel de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en su gestión



UGT 
Castilla y León

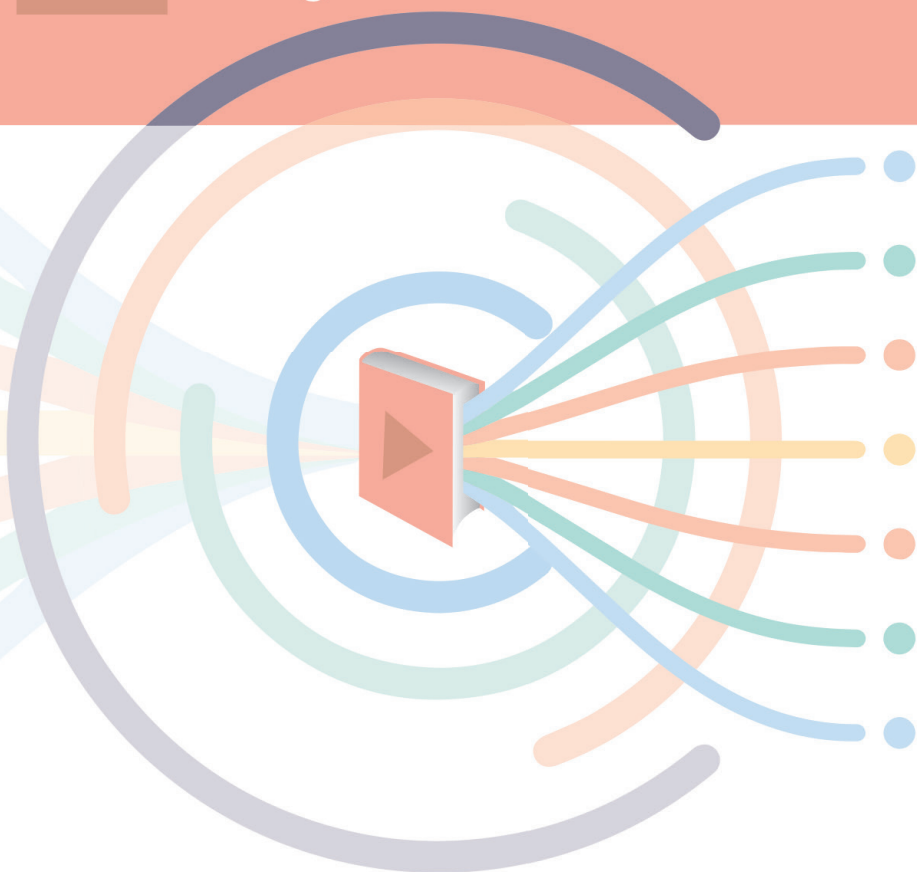
NOS
IMPULSA


**Junta de
Castilla y León**

Acción de PRL, conforme a la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de PRL

Guía práctica

sobre la Incapacidad Temporal y el papel de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en su gestión



UGT 
Castilla y León

NOS
IMPULSA

 **Junta de
Castilla y León**

Acción de PRL, conforme a la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de PRL

Edita: **UGT Castilla y León**

Depósito Legal: VA 523-2026

Diseño e impresión: Gráficas Vítores

Índice

	<i>Pág</i>
Presentación	7
CAPÍTULO 1. ¿Qué es la incapacidad temporal?	9
1.1. Concepto y finalidad de la prestación	9
1.2. Situaciones que dan derecho a la IT.....	10
1.3. Requisitos para acceder a la prestación.....	13
1.4. Duración de la incapacidad temporal.....	16
1.5. Prórrogas, recaídas y alta médica.....	18
CAPÍTULO 2. Contingencias comunes y contingencias profesionales	22
2.1. ¿Cuál es la diferencia?.....	22
2.2. Enfermedad común.....	25
2.3. Accidente no laboral.....	25
2.4. Accidente de trabajo.....	25
2.5. Enfermedad profesional.....	29
2.6. ¿Por qué es tan importante determinar correctamente la contingencia?.....	31
CAPÍTULO 3. Prestación económica durante la Incapacidad Temporal	33
3.1. Cuánto se cobra durante la baja.....	33
3.2. Base reguladora y cálculo de la prestación.....	33
Base reguladora en contingencias comunes	33
Base reguladora en contingencias profesionales	34
Ejemplos prácticos de determinación de la base reguladora y prestación.....	35
Ejemplos prácticos de determinación de la base reguladora y prestación en supuestos especiales	36
3.3. Complementos previstos en convenio colectivo	39
3.4. Pago delegado y pago directo	40
3.5. Situaciones especiales de Incapacidad Temporal.....	41
3.6. Extinción del contrato durante una situación de incapacidad temporal	42
a) Incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.....	42
b) Incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.....	42
3.7. Incapacidad temporal iniciada durante la percepción de prestaciones por desempleo	43
a) Recaída de un proceso iniciado durante la relación laboral.....	43
b) Nuevo proceso de incapacidad temporal.....	43

CAPÍTULO 4. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social	45
4.1. Qué son y cuál es su función	45
4.2. Marco legal de actuación	46
4.3. Qué prestaciones gestionan	48
4.3.1. La asistencia sanitaria y las prestaciones derivadas de contingencias profesionales	48
4.3.2. La prestación por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes	49
4.3.3. Prestación por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural	49
4.3.4. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave	50
4.3.5. Prestación por cese de actividad de las personas trabajadoras autónomas	50
4.3.6. Actividades preventivas	50
4.4. Límites de actuación de las mutuas	50
4.5. Derechos de las personas trabajadoras frente a las mutuas	52
CAPÍTULO 5. Gestión de la baja médica	56
5.1. Partes de baja, confirmación y alta	57
5.1.1. Partes de baja	57
5.1.2. Los partes de confirmación	59
5.1.3. El parte médico de alta	59
5.2. El papel del Servicio Público de Salud	60
5.3. El papel del INSS	61
5.4. El papel de la empresa	64
5.5. El papel de la mutua	65
CAPÍTULO 6. Citaciones, reconocimientos médicos y controles	67
6.1. Obligación de acudir a las citaciones	67
6.2. Qué puede preguntar y qué no puede preguntar la mutua	68
6.3. Acceso a la información médica por parte de la mutua	70
6.4. Desplazamientos y gastos	73
CAPÍTULO 7. Altas médicas y propuestas de alta	74
7.1. Quién puede emitir el alta médica	74
El Servicio Público de Salud	74

Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social	74
El Instituto Nacional de la Seguridad Social	75
El Instituto Social de la Marina	75
7.2. Propuestas de alta de las mutuas	76
7.3. Qué hacer cuando no se está conforme con el alta	77
Cuando el alta la emite el INSS	77
Cuando el alta lo emite el Servicio Público de Salud	79
Cuando el alta la emite una mutua	80
CAPÍTULO 8. Determinación de contingencia	83
8.1. Cuando existe desacuerdo sobre el origen de la lesión o enfermedad	83
8.2. Procedimiento ante el INSS	85
8.3. Accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo	87
8.4. Riesgos psicosociales y salud mental	88
8.5. Casos prácticos frecuentes	89
CAPÍTULO 9. Derechos de las personas trabajadoras durante la baja	91
9.1. Derecho a la asistencia sanitaria	91
9.2. Derecho a la intimidad y confidencialidad	92
9.3. Protección frente a presiones indebidas	92
9.4. Compatibilidades e incompatibilidades	93
9.5. Desplazamientos, vacaciones y otras situaciones habituales	94
CAPÍTULO 10. Incapacidad Temporal, salud mental y riesgos psicosociales	95
10.1. El aumento de las bajas por salud mental	95
10.2. Estrés, burnout, violencia y acoso laboral	96
10.3. La evaluación de riesgos psicosociales como herramienta preventiva	97
10.4. Actuación sindical ante estos procesos	98
Normativa de referencia	101

Presentación

La protección de la salud constituye un derecho fundamental de las personas trabajadoras, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española y desarrollado a través de un amplio marco normativo que incluye la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015), el Estatuto de los Trabajadores y la normativa específica en materia de discapacidad, igualdad y no discriminación. Estos instrumentos configuran un sistema de protección destinado a garantizar que ninguna persona trabajadora vea comprometida su salud, sus ingresos o sus derechos como consecuencia de una enfermedad o de un accidente.

Dentro de este sistema de protección, la incapacidad temporal (IT) desempeña un papel esencial al proporcionar asistencia sanitaria y cobertura económica a las personas trabajadoras que se encuentran temporalmente imposibilitadas para trabajar debido a una enfermedad común, una enfermedad profesional, un accidente no laboral o un accidente de trabajo. Su finalidad es favorecer la recuperación de la salud, evitando que la pérdida de ingresos se convierta en un factor añadido de vulnerabilidad.

Especial relevancia tienen los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, contingencias directamente vinculadas a las condiciones en las que se presta el trabajo. Su reconocimiento no solo implica una mayor protección económica y asistencial, sino que constituye también una herramienta fundamental para identificar deficiencias preventivas, exigir responsabilidades cuando proceda y promover la mejora continua de las condiciones de seguridad y salud en las empresas. El adecuado reconocimiento de estas contingencias sigue siendo una reivindicación sindical permanente, especialmente en aquellos casos en los que se intenta derivar al sistema público de salud patologías o lesiones cuyo origen es claramente laboral.

Sin embargo, la gestión de los procesos de incapacidad temporal se ha convertido en una cuestión cada vez más compleja. La participación de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, las modificaciones normativas introducidas en los últimos años y la creciente presión sobre los procesos de seguimiento y control de las bajas generan numerosas dudas e incertidumbres entre las personas trabajadoras. Con frecuencia surgen interrogantes sobre los derechos durante una baja médica, los límites de actuación de las mutuas, las obligaciones de las empresas o las posibilidades de reclamación cuando existen discrepancias con las decisiones adoptadas.

Asimismo, las recientes reformas en materia de incapacidad permanente han introducido avances dirigidos a reforzar la protección de las personas trabajadoras que, tras agotar los procesos de recuperación, presentan limitaciones permanentes para el desempeño de su

actividad laboral. De forma paralela, la normativa española y europea ha consolidado un enfoque basado en los derechos de las personas con discapacidad, impulsando medidas orientadas a garantizar la igualdad de trato, la accesibilidad universal, los ajustes razonables y la permanencia en el empleo siempre que sea posible. En este sentido, la discapacidad no puede convertirse en un motivo de discriminación ni de exclusión laboral, sino que debe abordarse desde una perspectiva de derechos y de inclusión efectiva

Esta guía tiene como objetivo ofrecer una información clara, rigurosa y accesible para comprender el funcionamiento de la incapacidad temporal, las prestaciones asociadas a las distintas contingencias, el papel de las mutuas colaboradoras y los procedimientos de impugnación y reclamación. Con ella, perseguimos varios objetivos: facilitar el conocimiento de los derechos de las personas trabajadoras durante los procesos de incapacidad temporal; aclarar las competencias de las distintas entidades que intervienen en su gestión; proporcionar información útil para afrontar situaciones de conflicto o discrepancia; favorecer el correcto reconocimiento de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales; y fortalecer la capacidad de actuación sindical en defensa de la salud laboral y de la protección social.

Desde UGT Castilla y León consideramos imprescindible que las personas trabajadoras conozcan sus derechos y dispongan de información solvente para defenderlos. La protección de la salud debe prevalecer frente a cualquier presión indebida que pueda interferir en los procesos de recuperación, y la gestión de la incapacidad temporal debe desarrollarse siempre con pleno respeto a los criterios médicos, la dignidad de las personas y las garantías establecidas por nuestro ordenamiento jurídico.

En este ámbito, la representación sindical desempeña un papel fundamental. Los delegados y delegadas sindicales, así como la representación legal de las personas trabajadoras, constituyen un elemento clave para informar, asesorar y acompañar a quienes atraviesan un proceso de incapacidad temporal. Su intervención resulta especialmente relevante para detectar posibles vulneraciones de derechos, vigilar el correcto cumplimiento de la normativa, orientar ante conflictos con las mutuas o las empresas y promover actuaciones que garanticen una adecuada protección de la salud laboral.

Con esta publicación, UGT Castilla y León reafirma su compromiso con la defensa de la salud de las personas trabajadoras, la mejora de las condiciones de trabajo y el fortalecimiento de los derechos que conforman nuestro sistema de protección social.

CAPÍTULO 1. ¿Qué es la incapacidad temporal?

1.1. Concepto y finalidad de la prestación

La incapacidad temporal (IT) es una prestación económica del sistema de Seguridad Social destinada a proteger a las personas trabajadoras que, debido a una enfermedad o accidente, se encuentran temporalmente imposibilitadas para trabajar y precisan asistencia sanitaria para su recuperación.

Su regulación básica se encuentra en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015), cuyo artículo 169 establece que tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal **“las debidas a enfermedad común o profesional, accidente, sea o no de trabajo, mientras la persona trabajadora reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedida para el trabajo”**.

La incapacidad temporal constituye una de las principales herramientas de protección social de nuestro Estado del Bienestar. Su finalidad es doble. Por una parte, proteger la salud de la persona trabajadora, permitiéndole interrumpir temporalmente su actividad laboral para facilitar su recuperación en condiciones adecuadas. Por otra, compensar la pérdida de ingresos derivada de la imposibilidad de trabajar, garantizando una prestación económica durante el periodo de baja médica.

La incapacidad temporal debe entenderse como un derecho vinculado a la protección de la salud y no como un mecanismo de control del absentismo. La baja médica tiene como objetivo preservar la integridad física y mental de las personas trabajadoras, evitando que se vean obligadas a acudir a su puesto de trabajo cuando su estado de salud no lo permite. Trabajar enfermo o lesionado no solo puede agravar la patología existente, sino que también puede generar riesgos adicionales para la propia persona afectada, para sus compañeros y compañeras y para terceros.

La prestación de incapacidad temporal protege situaciones muy diversas. Entre ellas se encuentran las derivadas de enfermedades comunes, como una gripe grave o una intervención quirúrgica no relacionada con el trabajo; las ocasionadas por accidentes no laborales; y aquellas que tienen un origen profesional, como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, cuya protección presenta importantes particularidades y, en general, un mayor nivel de cobertura económica.

El reconocimiento correcto del origen de la contingencia resulta fundamental. No es lo mismo una baja derivada de enfermedad común que una baja por accidente de trabajo o enfermedad profesional. La calificación de la contingencia determina aspectos tan relevantes como la entidad responsable de la prestación, la cuantía económica a percibir, las obligaciones empresariales o la posible existencia de responsabilidades adicionales

derivadas de incumplimientos preventivos. Por ello, una de las cuestiones que genera más conflictos en la práctica es precisamente la determinación del carácter profesional o común de determinadas patologías o lesiones.

La incapacidad temporal también cumple una importante función preventiva. El análisis de las bajas médicas relacionadas con el trabajo permite identificar riesgos presentes en las empresas, detectar problemas organizativos, evidenciar insuficiencias en la gestión preventiva y promover medidas correctoras que eviten nuevos daños a la salud. En este sentido, la información derivada de los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y determinadas patologías asociadas a riesgos psicosociales constituye una valiosa fuente de información para la acción sindical y la mejora de las condiciones laborales.

Por último, es importante destacar que la incapacidad temporal tiene siempre carácter transitorio. Su finalidad es favorecer la recuperación y el retorno al trabajo cuando las condiciones de salud lo permitan. No obstante, cuando las limitaciones funcionales persisten y previsiblemente van a mantenerse de forma permanente, el sistema de Seguridad Social prevé otros mecanismos de protección, especialmente a través de las distintas modalidades de incapacidad permanente.

En definitiva, la incapacidad temporal es mucho más que una prestación económica. Se trata de un derecho esencial que garantiza la protección de la salud, la recuperación de las personas trabajadoras y el mantenimiento de unos ingresos mínimos durante los periodos en los que una enfermedad o un accidente impiden temporalmente desarrollar la actividad laboral. Su adecuada gestión y el conocimiento de los derechos asociados resultan fundamentales para asegurar una protección efectiva de las personas trabajadoras.

1.2. Situaciones que dan derecho a la IT

Las situaciones que pueden dar derecho a la prestación de incapacidad temporal son las siguientes:

a) Enfermedad común

Se trata de cualquier alteración de la salud que no tenga origen laboral. Incluye patologías de muy diversa naturaleza, tales como enfermedades infecciosas, problemas musculoesqueléticos, trastornos cardiovasculares o determinadas afecciones de salud mental, siempre que imposibiliten temporalmente para el trabajo y requieran asistencia sanitaria

La enfermedad común constituye una de las causas más frecuentes de baja médica y se encuadra dentro de las denominadas contingencias comunes.

b) Accidente no laboral

Es toda lesión corporal que sufra la persona trabajadora fuera del ámbito laboral como consecuencia de un accidente que no tenga la consideración de accidente de trabajo. Entre los ejemplos más habituales se encuentran las lesiones derivadas de actividades domésticas, deportivas o de ocio.

Al igual que la enfermedad común, forma parte de las contingencias comunes protegidas por el sistema de Seguridad Social.

c) Accidente de trabajo

La LGSS considera accidente de trabajo toda lesión corporal que la persona trabajadora sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena (artículo 156). Esta definición incluye no solo los accidentes ocurridos en el centro de trabajo, sino también otras situaciones legalmente asimiladas, como los accidentes in itinere o los producidos durante el desempeño de funciones sindicales o representativas.

La correcta calificación de una lesión como accidente de trabajo tiene importantes consecuencias económicas y protectoras para la persona trabajadora, por lo que constituye una cuestión de especial relevancia.

d) Enfermedad profesional

Son aquellas enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado reglamentariamente, siempre que exista exposición a los agentes o actividades que la normativa relaciona con cada enfermedad (artículo 157 LGSS).

La declaración de enfermedad profesional no solo genera derechos durante la incapacidad temporal, sino que también permite activar medidas preventivas en la empresa para evitar nuevos casos.

e) Períodos de observación por enfermedad profesional

La normativa también reconoce como situación protegida los períodos de observación prescritos por los servicios médicos cuando exista sospecha de enfermedad profesional y sea necesario apartar temporalmente a la persona trabajadora de su puesto para facilitar el estudio, diagnóstico y seguimiento de la patología. Estos períodos pueden extenderse hasta 180 días, prorrogables por otros 180 cuando resulte necesario.

f) Situaciones especiales de incapacidad temporal

La legislación ha incorporado en los últimos años diversos supuestos específicos que reciben la consideración de incapacidad temporal por contingencias comunes. Entre ellos destacan:

- Situaciones especiales de IT para mujeres trabajadoras. Tendrán la consideración de situaciones especiales de incapacidad temporal por contingencias comunes (En vigor desde el 1 de junio de 2023):
- Aquellas en que pueda encontrarse la mujer en caso de menstruación incapacitante secundaria.
- La debida a la interrupción del embarazo, voluntaria o no, mientras reciba asistencia sanitaria por el Servicio Público de Salud y esté impedida para el trabajo, sin perjuicio

de aquellos supuestos en que la interrupción del embarazo sea debida a accidente de trabajo o enfermedad profesional, en cuyo caso tendrá la consideración de situación de incapacidad temporal por contingencias profesionales.

- La de gestación de la mujer trabajadora desde el día primero de la semana 39.
- También se considerará situación especial de incapacidad temporal por contingencias comunes aquella en la que se encuentre la persona trabajadora donante de órganos o tejidos para su trasplante. Esta situación comprenderá tanto los días discontinuos como ininterrumpidos, en los que el donante reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo como consecuencia de la preparación médica de la cirugía, como los transcurridos desde el día del ingreso hospitalario para la realización de esta

No todas las bajas médicas tienen las mismas consecuencias jurídicas y económicas. La determinación de si la incapacidad temporal deriva de una contingencia común o profesional influye en aspectos tan relevantes como la cuantía de la prestación, el día de inicio del derecho económico, la entidad responsable del pago o las posibles responsabilidades empresariales. Por ello, cuando existan indicios de relación entre la dolencia y el trabajo, resulta fundamental solicitar la determinación correspondiente de contingencia y contar con el asesoramiento de la representación sindical.

Una adecuada identificación del origen laboral de los daños a la salud constituye una herramienta esencial para garantizar los derechos de las personas trabajadoras e impulsar medidas preventivas que eviten la repetición de accidentes y enfermedades en los centros de trabajo.

Cuadro resumen

Situación	Concepto
<i>Enfermedad común</i>	Patología no relacionada con el trabajo que impide temporalmente trabajar y requiere asistencia sanitaria.
<i>Accidente no laboral</i>	Lesión producida fuera del ámbito laboral (doméstica, deportiva, ocio, etc.).
<i>Accidente de trabajo</i>	Lesión sufrida con ocasión o por consecuencia del trabajo.
<i>Enfermedad profesional</i>	Enfermedad incluida en el cuadro oficial de enfermedades profesionales causada por la actividad laboral.
<i>Periodo de observación por enfermedad profesional</i>	Situación de estudio y seguimiento médico ante sospecha de enfermedad profesional. Hasta 180 días, prorrogables otros 180.
<i>Situaciones especiales</i>	Menstruación incapacitante secundaria, interrupción del embarazo, gestación desde la semana 39 y donación de órganos o tejidos.

1.3. Requisitos para acceder a la prestación

Para tener derecho a esta prestación económica es necesario cumplir una serie de requisitos establecidos en la normativa de Seguridad Social. Con carácter general, estos requisitos aparecen regulados en los artículos 165, 169 y 172 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015.

a) Estar afiliado y en situación de alta o asimilada al alta

Para acceder a la prestación es necesario encontrarse afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta en alguno de sus regímenes. También pueden acceder quienes se encuentren en determinadas situaciones asimiladas al alta previstas legalmente, como ciertos supuestos de desempleo protegido o excedencias con reserva de puesto de trabajo.

Este requisito responde al carácter contributivo de la prestación y vincula la protección económica a la inclusión previa de la persona trabajadora en el sistema de Seguridad Social.

Si la IT deriva de contingencia profesional, el trabajador tiene derecho a la prestación incluso si el empresario ha incumplido con su obligación de alta en la Seguridad Social. Es lo que se conoce como alta de pleno derecho.

b) Estar impedido para el trabajo y recibir asistencia sanitaria

La mera existencia de una enfermedad o lesión no genera por sí sola el derecho a la prestación. Es necesario que el proceso patológico provoque una limitación que imposibilite desarrollar la actividad laboral habitual y que, además, requiera asistencia sanitaria. Estas circunstancias deben ser acreditadas mediante la correspondiente baja médica emitida por los servicios públicos de salud.

La incapacidad temporal tiene, por tanto, una doble dimensión:

- Sanitaria, porque existe una necesidad de atención médica.
- Laboral, porque la situación impide trabajar temporalmente.

c) Cumplir el período mínimo de cotización cuando sea exigible

La exigencia de cotizaciones previas depende de la contingencia que origine la baja.

Enfermedad común

Cuando la incapacidad temporal deriva de una enfermedad común, se exige haber cotizado al menos 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante.

Sin embargo, no es necesario acreditar un período mínimo de cotización para acceder a la prestación de incapacidad temporal cuando la baja médica deriva de:

- La situación especial de incapacidad temporal derivada de la interrupción del embarazo, tanto voluntaria como involuntaria.
- La situación especial de incapacidad temporal por menstruación incapacitante secundaria.

- La situación especial de incapacidad temporal relacionada con la donación de órganos o tejidos para trasplante.

En todos estos supuestos, el derecho a la prestación nace sin necesidad de acreditar cotizaciones previas.

La situación especial de incapacidad temporal por gestación de la mujer trabajadora desde el primer día de la semana 39 del embarazo sí exige acreditar determinados períodos de cotización, que varían en función de la edad de la trabajadora:

Trabajadoras menores de 21 años: No se exige ningún período previo de cotización.

Trabajadoras de 21 años y menores de 26 años: Deberán acreditar:

- Al menos 90 días cotizados dentro de los siete años inmediatamente anteriores al inicio de la situación, o bien
- 180 días cotizados a lo largo de toda la vida laboral.

Trabajadoras de 26 años o más: Deberán acreditar:

- Al menos 180 días cotizados dentro de los siete años inmediatamente anteriores al inicio de la situación, o bien
- 360 días cotizados a lo largo de toda la vida laboral.

Accidente, sea o no laboral, y enfermedad profesional

Cuando la baja deriva de un accidente de trabajo, un accidente no laboral o una enfermedad profesional, no se exige período previo de cotización. La protección nace desde el momento en que concurren los requisitos legales para el reconocimiento de la incapacidad temporal.

Este régimen más favorable responde a la necesidad de proteger de manera inmediata situaciones normalmente imprevistas o directamente relacionadas con el trabajo.

Cotización exigida según la contingencia	
Contingencia	¿Se exige cotización previa?
<i>Enfermedad común</i>	Sí. 180 días cotizados en los 5 años anteriores.
<i>Accidente de trabajo</i>	No.
<i>Accidente no laboral</i>	No.
<i>Enfermedad profesional</i>	No.
<i>Menstruación incapacitante secundaria</i>	No.
<i>Interrupción del embarazo</i>	No.
Donación de órganos o tejidos	No.
<i>Gestación desde semana 39</i>	Sí, con requisitos específicos según la edad de la trabajadora.

d) No realizar actividades incompatibles con el proceso de recuperación

La prestación está vinculada a la imposibilidad temporal de trabajar. Por ello, la realización de actividades laborales incompatibles con la situación de incapacidad temporal puede determinar la suspensión o extinción del derecho a la prestación. Asimismo, la persona trabajadora debe colaborar en los procesos de control y seguimiento médico previstos por la ley.

La normativa contempla mecanismos de control por parte de los Servicios Públicos de Salud, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

e) Acudir a los reconocimientos y actuaciones de control médico

Las personas trabajadoras en situación de incapacidad temporal tienen la obligación de comparecer a las citaciones médicas realizadas por los organismos competentes. La incomparecencia injustificada puede dar lugar a la suspensión cautelar o incluso a la extinción de la prestación.

Este aspecto resulta especialmente relevante en los procesos gestionados o controlados por las mutuas colaboradoras, cuestión que se analizará con detalle en capítulos posteriores.

Situaciones especiales protegidas

La legislación reconoce determinados supuestos específicos de incapacidad temporal que cuentan con reglas propias, entre ellos:

- Menstruación incapacitante secundaria.
- Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo.
- Gestación desde la semana trigésima novena.
- Donación de órganos o tejidos para trasplante.

En estos casos también deben cumplirse los requisitos específicos establecidos por la normativa para el reconocimiento de la prestación.

Cuadro resumen	
Requisito	Contenido
<i>Alta o situación asimilada al alta</i>	Estar afiliado y en alta o en una situación legalmente equiparada. En el caso de contingencia profesional, rige el alta de pleno derecho.
<i>Impedimento para trabajar</i>	La enfermedad o lesión debe impedir temporalmente el trabajo y requerir asistencia sanitaria.
<i>Cotización previa</i>	Solo se exige en determinados supuestos de enfermedad común.

Cuadro resumen	
Requisito	Contenido
<i>Colaborar en la recuperación</i>	No realizar actividades incompatibles con la baja médica.
<i>Acudir a controles médicos</i>	Obligación de asistir a reconocimientos y citaciones médicas.

1.4. Duración de la incapacidad temporal

La incapacidad temporal tiene carácter transitorio y su duración está limitada por la normativa de Seguridad Social. El artículo 169 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) establece que la incapacidad temporal puede mantenerse mientras la persona trabajadora reciba tratamiento médico y esté impedida para el trabajo, con una duración máxima inicial de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

El periodo ordinario: hasta 365 días

Durante los primeros 365 días de baja médica, la gestión y el control del proceso corresponden, con carácter general, a los servicios públicos de salud o, en determinados supuestos, a las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social cuando se trate de contingencias profesionales o comunes, siempre que la empresa tenga cubierta la contingencia común con la mutua.

A lo largo de este periodo pueden emitirse partes de confirmación, informes de control y actuaciones de seguimiento destinadas a valorar la evolución de la enfermedad o lesión y las posibilidades de recuperación de la persona trabajadora.

La baja finalizará cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- Alta médica por curación o mejoría que permita reincorporarse al trabajo.
- Alta médica por propuesta de incapacidad permanente.
- Alta médica por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos.
- Reconocimiento de una incapacidad permanente.
- Transcurso del plazo máximo legalmente establecido.
- Fallecimiento de la persona trabajadora.

La prórroga extraordinaria: hasta 180 días más

Cuando se alcanza el día 365 de incapacidad temporal, el control del proceso pasa a ser competencia exclusiva del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

En ese momento, el INSS puede adoptar alguna de las siguientes decisiones:

- Conceder el alta médica.
- Iniciar un expediente de incapacidad permanente.
- Mantener la situación de incapacidad temporal mediante una prórroga expresa de hasta 180 días, cuando se prevea que, durante ese periodo, la persona trabajadora pueda recuperarse y reincorporarse a su actividad laboral. En este punto resulta especialmente relevante recordar que el agotamiento de los 365 días de incapacidad temporal no implica por sí mismo la extinción del proceso. **En ausencia de alta médica o de una resolución expresa del INSS, la situación de IT se considera prorrogada de pleno derecho**, permaneciendo el trabajador en baja médica y conservando los derechos inherentes a dicha situación hasta que se adopte la decisión que corresponda.

Por tanto, la duración máxima ordinaria de la incapacidad temporal puede alcanzar 545 días (365 + 180).

La demora de calificación

Excepcionalmente, cuando se hayan agotado los 545 días y todavía resulte aconsejable continuar el seguimiento médico porque exista una expectativa razonable de recuperación o de mejoría funcional, el INSS puede retrasar la calificación de la incapacidad permanente.

Esta situación, conocida como demora de calificación, permite prolongar los efectos económicos de la incapacidad temporal mientras se completa la valoración médica y administrativa del estado de salud de la persona trabajadora.

La duración máxima de esta situación extraordinaria no puede superar, con carácter general, los 730 días desde el inicio de la incapacidad temporal, es decir, dos años.

Cuadro resumen

Fase	Duración	Competencia
<i>Período ordinario</i>	Hasta 365 días	Servicio Público de Salud o Mutua (según corresponda).
<i>Prórroga</i>	Hasta 180 días adicionales	Exclusivamente el INSS.
<i>Demora de calificación</i>	Excepcionalmente hasta un máximo de 730 días desde el inicio de la IT	INSS

Duración máxima ordinaria: 545 días (365 + 180)

¿Qué ocurre al agotarse el plazo máximo?

Una vez alcanzado el límite máximo legal, el INSS deberá adoptar una decisión definitiva sobre la situación de la persona trabajadora. Las opciones más habituales son:

- Declarar una incapacidad permanente en alguno de sus grados.
- Emitir el alta médica por considerar que existe capacidad laboral suficiente.
- Reconocer que no procede una incapacidad permanente, permitiendo la reincorporación al trabajo.

Estas decisiones tienen una enorme trascendencia para la persona trabajadora, ya que determinan tanto su futura situación laboral como la protección económica a la que tendrá derecho.

Decisiones del INSS al cumplir los 365 días

Posibles decisiones	Efecto
<i>Alta médica</i>	Finaliza la IT y la prestación.
<i>Inicio de expediente de incapacidad permanente</i>	Se valora la posible existencia de secuelas permanentes.
<i>Prórroga de la IT</i>	Hasta 180 días si existen posibilidades razonables de recuperación.
<i>Sin resolución expresa ni alta médica</i>	La IT se considera prorrogada de pleno derecho , manteniéndose la baja y la protección económica y sanitaria.

1.5. Prórrogas, recaídas y alta médica

La incapacidad temporal es una situación dinámica que evoluciona en función del estado de salud de la persona trabajadora. Durante el proceso pueden producirse distintas circunstancias que afectan a su duración y a la continuidad de la prestación, entre las que destacan las prórrogas, las recaídas y la emisión del alta médica. Conocer el significado y las consecuencias de cada una de ellas resulta fundamental para comprender los derechos y obligaciones que corresponden durante una baja médica.

La prórroga de la incapacidad temporal

Como se ha señalado anteriormente, la duración máxima ordinaria de la incapacidad temporal es de 365 días. Sin embargo, cuando al cumplirse ese plazo la persona trabajadora no ha recuperado plenamente su capacidad laboral, pero existen expectativas razonables de mejoría, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) puede acordar una **prórroga expresa de hasta 180 días adicionales**.

La finalidad de esta prórroga es permitir que el proceso de recuperación continúe sin necesidad de iniciar de forma inmediata un expediente de incapacidad permanente. Durante este periodo se mantienen tanto la asistencia sanitaria como el derecho a la prestación económica, siempre que persistan las condiciones que dieron lugar a la baja.

La decisión sobre la concesión de la prórroga corresponde exclusivamente al INSS, que valorará los informes médicos disponibles y la previsión de evolución de la patología o lesión. Durante esta fase, el organismo puede realizar nuevos reconocimientos médicos, solicitar documentación clínica o requerir información complementaria para determinar la situación de la persona trabajadora.

La recaída: cuando la misma patología reaparece

Otro concepto importante es la **recaída**. Se produce cuando una persona trabajadora, tras haber recibido el alta médica, vuelve a causar baja por la misma o similar patología dentro de los 180 días naturales siguientes.

La recaída no da lugar a un nuevo proceso de incapacidad temporal independiente, sino que se considera una continuación del proceso anterior. En consecuencia, los días de baja ya consumidos se acumulan para el cálculo de la duración máxima de la incapacidad temporal.

Por ejemplo, si una persona permanece de baja durante seis meses, recibe el alta médica y, dos meses después, vuelve a causar baja por la misma lesión, el nuevo periodo se considerará recaída y se sumará al periodo de incapacidad temporal previamente consumido.

Esta regulación pretende evitar que procesos médicos relacionados entre sí se fragmenten artificialmente, garantizando una valoración conjunta de la evolución real del estado de salud de la persona trabajadora.

Recaídas tras los 365 días

Cuando una persona trabajadora ha superado los 365 días de incapacidad temporal y el control del proceso corresponde al INSS, cualquier nueva baja por la misma o similar patología dentro de los 180 días siguientes al alta requerirá una valoración expresa de dicho organismo.

En estos casos, corresponde al INSS determinar si existe realmente una recaída y si procede reconocer una nueva situación de incapacidad temporal o adoptar otra decisión en función de las circunstancias médicas concurrentes.

Cuadro resumen	
Concepto	Resumen
<i>Prórroga</i>	Extensión de la IT hasta 180 días adicionales acordada por el INSS.
<i>Recaída</i>	Nueva baja por la misma o similar patología dentro de los 180 días siguientes al alta médica.
<i>Efecto de la recaída</i>	No inicia un proceso nuevo; se suma al período de IT anterior.
Recaídas tras los 365 días	Deben ser valoradas expresamente por el INSS.

El alta médica

El alta médica es el acto mediante el cual se declara finalizada la situación de incapacidad temporal. Su emisión implica, con carácter general, la extinción del subsidio económico y la obligación de reincorporarse al puesto de trabajo al día siguiente de la fecha de efectos del alta.

La normativa contempla distintas modalidades de alta médica:

Alta por curación o mejoría

Es la situación más habitual. Se produce cuando los servicios médicos consideran que la persona trabajadora ha recuperado la capacidad funcional necesaria para volver a desempeñar su actividad laboral.

No significa necesariamente una recuperación total, sino que existe una mejoría suficiente para permitir la reincorporación al trabajo sin que ello suponga una limitación incapacitante.

Alta con propuesta de incapacidad permanente

Puede emitirse cuando las lesiones o secuelas existentes presentan carácter previsiblemente definitivo y se considera necesario valorar la posible existencia de una incapacidad permanente.

En estos casos, el alta médica suele ir acompañada del inicio del correspondiente expediente de incapacidad permanente ante el INSS.

Alta por agotamiento del plazo máximo

Cuando se han consumido los plazos máximos legalmente previstos para la incapacidad temporal, el INSS debe adoptar una decisión sobre la situación de la persona trabajadora, pudiendo emitir el alta médica o iniciar un procedimiento de incapacidad permanente.

Alta por incomparecencia

La normativa prevé la posibilidad de extinguir la prestación cuando la persona trabajadora no comparece injustificadamente a los reconocimientos médicos convocados por la entidad gestora o por la mutua colaboradora, cuando esta actúe dentro de sus competencias.

Cuadro resumen

Tipo de alta	Características
<i>Alta por curación o mejoría</i>	Existe capacidad suficiente para volver a trabajar.
<i>Alta con propuesta de incapacidad permanente</i>	Se aprecian secuelas que pueden justificar una incapacidad permanente.
<i>Alta por agotamiento de plazo</i>	Emitida tras alcanzar los límites máximos de duración de la IT.
<i>Alta por incomparecencia</i>	Derivada de la ausencia injustificada a controles médicos obligatorios.

La disconformidad con el alta médica

No siempre la persona trabajadora comparte el criterio médico que ha motivado el alta. En estos supuestos, la legislación reconoce diversos mecanismos de impugnación y revisión.

Especial relevancia tiene el procedimiento de manifestación de disconformidad frente a las altas emitidas por el INSS tras los 365 días de incapacidad temporal, así como los procedimientos de revisión de las altas emitidas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias profesionales. Estos procedimientos se analizan con detalle en capítulos posteriores.

La existencia de estos mecanismos constituye una garantía fundamental para evitar situaciones en las que una persona trabajadora deba reincorporarse al trabajo antes de haber recuperado realmente su capacidad laboral.

La duración de la incapacidad temporal debe responder exclusivamente a criterios médicos y de recuperación efectiva de la salud. La reincorporación al trabajo no puede producirse por razones económicas, organizativas o derivadas de presiones empresariales o de las mutuas. El alta médica debe emitirse únicamente cuando existan garantías razonables de que la persona trabajadora ha recuperado la capacidad necesaria para desempeñar su actividad sin riesgo para su salud.

Por ello, resulta fundamental que las personas trabajadoras conozcan los plazos legales, las competencias del INSS y de las mutuas, y los mecanismos de reclamación existentes cuando discrepen de una decisión que pueda afectar a su proceso de recuperación. La protección de la salud debe prevalecer siempre sobre cualquier otra consideración.

CAPÍTULO 2. Contingencias comunes y contingencias profesionales

2.1. ¿Cuál es la diferencia?

Uno de los aspectos más importantes en la gestión de la incapacidad temporal consiste en determinar el origen de la lesión, enfermedad o daño para la salud que motiva la baja médica. La legislación distingue entre **contingencias comunes** y **contingencias profesionales**, una diferenciación que no es meramente técnica, sino que tiene importantes consecuencias sobre la protección económica de la persona trabajadora, la asistencia sanitaria recibida, las responsabilidades empresariales y las medidas preventivas que deban adoptarse en el centro de trabajo.

La determinación correcta de la contingencia resulta especialmente relevante desde la perspectiva sindical, ya que una clasificación errónea puede ocultar daños derivados del trabajo, trasladar al sistema público costes que corresponden a las mutuas o a las empresas y limitar los derechos de las personas trabajadoras afectadas.

¿Qué son las contingencias comunes?

Se consideran contingencias comunes aquellas situaciones que no guardan una relación directa con el trabajo desempeñado. Dentro de esta categoría se incluyen:

- La enfermedad común.
- El accidente no laboral.

La enfermedad común comprende cualquier alteración de la salud que no tenga origen en la actividad laboral. Por ejemplo:

- Una gripe.
- Una apendicitis.
- Una enfermedad cardiovascular sin origen profesional acreditado.
- Determinados trastornos de salud mental cuya relación con el trabajo no haya sido reconocida.

Por su parte, el accidente no laboral es toda lesión producida fuera del ámbito del trabajo, como puede ocurrir durante actividades domésticas, deportivas o de ocio.

En estos supuestos, la asistencia sanitaria suele corresponder a los Servicios Públicos de Salud y la prestación económica se financia a través de las cotizaciones por contingencias comunes.

¿Qué son las contingencias profesionales?

Las contingencias profesionales son aquellas cuyo origen se encuentra en el trabajo. La LGSS contempla dos grandes categorías:

- Accidente de trabajo.
- Enfermedad profesional.

El artículo 156 de la LGSS define el accidente de trabajo como toda lesión corporal que la persona trabajadora sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Esta definición incluye no solo los accidentes ocurridos en el lugar de trabajo, sino también otros supuestos protegidos legalmente, como los accidentes in itinere, es decir, los producidos durante el desplazamiento entre el domicilio y el centro de trabajo.

Por su parte, el artículo 157 de la LGSS considera enfermedad profesional aquella contraída como consecuencia del trabajo realizado y que figure en el cuadro oficial de enfermedades profesionales aprobado por el Real Decreto 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.

Cuadro resumen

Aspecto	Contingencias comunes	Contingencias profesionales
<i>Origen</i>	No relacionado con el trabajo	Relacionado con el trabajo
<i>Incluye</i>	Enfermedad común y accidente no laboral	Accidente de trabajo y enfermedad profesional
<i>Asistencia sanitaria</i>	Servicio Público de Salud	Con carácter general, Mutua colaboradora que cubra los riesgos profesionales de la empresa
<i>Cotización previa para IT</i>	Enfermedad común: sí (180 días en los 5 años anteriores)	No se exige
<i>Protección económica</i>	Menor nivel de protección	Protección más favorable
<i>Investigación preventiva</i>	No necesariamente	Debe investigarse el daño laboral
<i>Posible recargo de prestaciones</i>	No	Sí
<i>Responsabilidades empresariales</i>	Limitadas	Pueden existir responsabilidades preventivas, administrativas, civiles e incluso penales

¿Por qué es tan importante distinguirlas?

La diferencia entre contingencia común y profesional tiene importantes repercusiones prácticas.

Cuantía de la prestación

En las contingencias profesionales **la prestación económica se percibe desde el día siguiente al de la baja médica** y suele ofrecer una protección más favorable. Así, ***no se exige un periodo previo de cotización*** y la ley presume a la persona trabajadora en **situación de alta de pleno derecho**, incluso cuando el empresario haya incumplido sus obligaciones de alta o cotización. Gracias a este mecanismo de garantía, el trabajador conserva íntegramente su derecho a las prestaciones de Seguridad Social derivadas de la contingencia profesional, trasladándose las consecuencias del incumplimiento empresarial a la empresa responsable y no a la persona trabajadora afectada.

En cambio, cuando la incapacidad temporal deriva de enfermedad común, la normativa exige con carácter general un período mínimo de cotización de 180 días en los últimos cinco años.

Asistencia sanitaria

En las contingencias profesionales la asistencia suele ser prestada por la mutua colaboradora con la Seguridad Social que cubre los riesgos profesionales de la empresa. En las contingencias comunes, la atención sanitaria corresponde, generalmente, al Servicio Público de Salud.

Responsabilidades preventivas

Cuando una lesión o enfermedad tiene origen laboral, la empresa está obligada a investigar sus causas y adoptar medidas preventivas que eviten nuevos daños. Asimismo, la contingencia profesional puede poner de manifiesto incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales.

Posibles prestaciones adicionales

La calificación como contingencia profesional puede abrir la puerta a derechos adicionales, como el recargo de prestaciones cuando el daño derive de incumplimientos empresariales en materia preventiva, así como al reconocimiento de indemnizaciones o responsabilidades complementarias.

En la práctica, no siempre resulta sencillo determinar el origen de una enfermedad o lesión. Existen patologías cuya relación con el trabajo puede pasar desapercibida o resultar controvertida.

Entre los ejemplos más habituales se encuentran:

- Trastornos musculoesqueléticos derivados de movimientos repetitivos.
- Lesiones de espalda asociadas a manipulación manual de cargas.

- Enfermedades relacionadas con la exposición a agentes químicos o biológicos.
- Patologías derivadas de factores psicosociales.
- Procesos de ansiedad, estrés crónico o síndrome de desgaste profesional (burnout) relacionados con las condiciones de trabajo.

En muchos casos estas situaciones son inicialmente tratadas como enfermedad común, aunque posteriormente puedan ser reconocidas como contingencia profesional mediante el correspondiente procedimiento de determinación de contingencia ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

2.2. Enfermedad común

La enfermedad común es toda alteración de la salud que no tiene la consideración de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional. Se trata, por tanto, de una contingencia cuya causa no guarda una relación directa y acreditada con la actividad laboral desempeñada por la persona trabajadora. Esta definición se recoge de forma implícita en la Ley General de la Seguridad Social al diferenciar las contingencias comunes de las contingencias profesionales.

Cuando la incapacidad temporal deriva de enfermedad común, la asistencia sanitaria corresponde, con carácter general, al Servicio Público de Salud. Asimismo, para acceder a la prestación económica se exige haber cotizado al menos 180 días dentro de los cinco años anteriores a la baja médica.

2.3. Accidente no laboral

El accidente no laboral es toda lesión corporal sufrida por la persona trabajadora que no pueda ser calificada como accidente de trabajo. Se trata de un hecho súbito e involuntario

Aunque estas situaciones no tienen origen profesional, generan protección por parte del sistema de Seguridad Social cuando provocan una incapacidad temporal para trabajar.

A diferencia de la enfermedad común, en los accidentes no laborales no se exige un período previo de cotización para acceder a la prestación económica de incapacidad temporal.

La correcta diferenciación entre accidente no laboral y accidente de trabajo resulta especialmente importante en aquellos casos en los que intervienen desplazamientos relacionados con la actividad laboral o circunstancias vinculadas directa o indirectamente al trabajo.

2.4. Accidente de trabajo

El accidente de trabajo constituye una de las principales contingencias profesionales protegidas por el sistema de Seguridad Social. Su definición básica se recoge en el artículo 156.1 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), que establece que **se entiende**

por accidente de trabajo toda lesión corporal que la persona trabajadora sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Esta definición legal ha sido interpretada de forma amplia por la doctrina y la jurisprudencia. En primer lugar, el concepto de **lesión corporal** no se limita a los daños físicos producidos por un traumatismo o una causa violenta externa, sino que comprende también enfermedades, alteraciones psíquicas, daños cardiovasculares y cualquier menoscabo de la salud que pueda guardar relación con el trabajo. En segundo lugar, la expresión **“con ocasión o por consecuencia del trabajo”** permite incluir no solo los daños producidos directamente por la actividad laboral, sino también aquellos que mantienen una conexión indirecta con ella.

Por tanto, para que exista accidente de trabajo no es necesario que el daño se produzca exclusivamente durante la ejecución material de las tareas profesionales. Basta con que exista una relación causal o una conexión suficiente entre el trabajo y la lesión sufrida.

Con el objetivo de garantizar una protección amplia, el artículo 156.2 LGSS incluye una serie de situaciones que tienen expresamente la consideración de accidente de trabajo.

• Accidentes “in itinere”

Son los accidentes que sufre la persona trabajadora al ir o volver del lugar de trabajo. Se trata de uno de los supuestos más frecuentes en la práctica y responde a la idea de que el desplazamiento constituye una necesidad derivada de la prestación laboral.

Para que exista accidente in itinere deben concurrir determinados requisitos contruidos por la jurisprudencia, entre ellos que el desplazamiento tenga como finalidad principal acudir o regresar del trabajo, que se utilice un trayecto normal y habitual y que no exista una ruptura relevante del nexo causal.

• Actividad sindical y representación de las personas trabajadoras

También tienen la consideración de accidente de trabajo los sufridos con ocasión o como consecuencia del ejercicio de cargos electivos de carácter sindical, así como los producidos en los desplazamientos necesarios para desempeñar dichas funciones.

Esta previsión legal reconoce la importancia de la actividad sindical y garantiza que las personas representantes de los trabajadores y trabajadoras disfruten de la misma protección que en el ejercicio de sus funciones profesionales ordinarias.

• Tareas distintas de las habituales

La protección se extiende a los accidentes sufridos al realizar tareas distintas de las propias del puesto o grupo profesional cuando estas se ejecuten por orden empresarial o, incluso, cuando se realicen espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

La finalidad de esta previsión es evitar que la persona trabajadora quede desprotegida cuando colabora en labores necesarias para la actividad empresarial, aunque no formen parte estrictamente de sus funciones habituales.

• Actos de salvamento

Se consideran igualmente accidentes de trabajo los ocurridos durante actuaciones de salvamento o situaciones análogas relacionadas con el trabajo.

Este supuesto protege conductas solidarias o de auxilio vinculadas al entorno laboral, evitando que quien interviene para evitar un daño mayor resulte perjudicado desde el punto de vista de la protección social.

• Las enfermedades que pueden ser accidente de trabajo

La LGSS reconoce que determinadas enfermedades pueden tener la consideración de accidente de trabajo aun cuando no formen parte del cuadro oficial de enfermedades profesionales.

Así, tendrán la consideración de accidente laboral aquellas enfermedades cuya causa exclusiva sea el trabajo realizado. A estas enfermedades se las denomina: enfermedades relacionadas con el trabajo. En estos supuestos corresponde normalmente a la persona trabajadora acreditar la relación directa entre la actividad laboral y la patología padecida.

Esta previsión resulta especialmente importante para proteger contra daños a la salud derivados de nuevas formas de organización del trabajo o de exposiciones no contempladas en el cuadro reglamentario de enfermedades profesionales.

• Agravación de enfermedades preexistentes

La protección alcanza también a enfermedades o patologías previas que se agravan como consecuencia de un accidente laboral.

Por ejemplo, una lesión traumatológica previa, una enfermedad cardiovascular o determinados trastornos psicológicos pueden empeorar significativamente tras un accidente de trabajo. En estos casos, la agravación queda integrada dentro de la contingencia profesional.

• Enfermedades intercurrentes y complicaciones posteriores

Igualmente se consideran accidente de trabajo las complicaciones que aparezcan durante el proceso de recuperación y que tengan relación con el accidente inicial.

Se trata de las denominadas enfermedades intercurrentes, como infecciones hospitalarias, complicaciones quirúrgicas o afecciones derivadas del tratamiento recibido. La finalidad es garantizar una protección integral durante todo el proceso asistencial y de recuperación.

Supuestos excluidos

No todas las lesiones sufridas por una persona trabajadora tienen la consideración de accidente laboral. La ley excluye expresamente:

• Fuerza mayor extraña al trabajo

Quedan fuera los accidentes debidos a una fuerza mayor completamente ajena al trabajo y sin relación alguna con la actividad desarrollada.

No obstante, la propia ley aclara que fenómenos naturales como la insolación, el rayo u otros acontecimientos similares no se consideran fuerza mayor extraña cuando afectan a una persona trabajadora en el contexto de su actividad laboral.

• Dolo o imprudencia temeraria

Tampoco tendrán la consideración de accidente de trabajo aquellos daños producidos por una actuación deliberada de la persona trabajadora o por una imprudencia temeraria.

No se trata de cualquier error o descuido, sino de conductas especialmente graves y conscientes que implican la asunción voluntaria de un riesgo evidente e innecesario.

Situaciones que no excluyen el accidente de trabajo

Por el contrario, existen circunstancias que no impiden la calificación profesional del accidente.

• Imprudencia profesional

La denominada **imprudencia profesional**, derivada de la confianza adquirida por la experiencia y la repetición habitual de las tareas, no elimina el carácter laboral del accidente.

La ley reconoce que determinados descuidos o errores pueden formar parte de la realidad cotidiana del trabajo y no pueden utilizarse automáticamente para privar a la persona trabajadora de protección.

• Culpa de terceros o de la empresa

Tampoco desaparece la consideración de accidente laboral por el hecho de que exista responsabilidad de la empresa, de otro trabajador o incluso de un tercero.

Al contrario, la existencia de incumplimientos preventivos puede dar lugar a responsabilidades adicionales para la empresa, como recargos de prestaciones, sanciones administrativas o indemnizaciones por daños y perjuicios.

Presunción de laboralidad

Uno de los mecanismos de protección más importantes que reconoce nuestro ordenamiento jurídico es la denominada **presunción de laboralidad**, recogida en el artículo 156.3 de la Ley General de la Seguridad Social. Conforme a esta regla, **se presumirá que son constitutivos de accidente de trabajo las lesiones que sufra la persona trabajadora durante el tiempo y en el lugar de trabajo, salvo que se demuestre de forma clara e inequívoca que no guardan relación con la actividad laboral**. Esta presunción facilita el acceso a la protección de la Seguridad Social, ya que evita que sea la persona trabajadora quien deba probar inicialmente el origen laboral de la lesión, trasladando la carga de destruir dicha presunción a quien sostenga lo contrario.

Su aplicación práctica resulta especialmente relevante en supuestos como infartos, ictus, crisis de ansiedad u otras patologías que se manifiestan en el centro de trabajo y

durante la jornada laboral. En estos casos, corresponde a la entidad gestora, a la mutua o a la empresa acreditar que la lesión obedece a causas completamente ajenas al trabajo si pretenden negar su carácter profesional. La jurisprudencia ha venido reconociendo reiteradamente la importancia de esta presunción como garantía de protección para las personas trabajadoras.

Desde una perspectiva preventiva, la existencia de un accidente de trabajo no debe contemplarse únicamente como un hecho generador de prestaciones económicas, sino también como una señal de alarma que evidencia la posible existencia de riesgos insuficientemente controlados. Por ello, la normativa preventiva exige investigar los accidentes de trabajo con el fin de determinar sus causas inmediatas y profundas, identificar los fallos organizativos, técnicos o preventivos que hayan podido contribuir a su producción y adoptar las medidas necesarias para evitar su repetición.

2.5. Enfermedad profesional

La enfermedad profesional constituye una de las dos grandes contingencias profesionales protegidas por el sistema de Seguridad Social, junto con el accidente de trabajo.

Su regulación básica se encuentra en el artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), que la define como ***la enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado reglamentariamente y que esté provocada por los agentes, elementos o sustancias que para cada enfermedad se determinen en dicho cuadro.***

A diferencia del accidente de trabajo, que suele manifestarse de forma súbita o inmediata, la enfermedad profesional suele ser el resultado de una ***exposición prolongada a determinados riesgos laborales***, de manera que el daño a la salud aparece de forma gradual y progresiva. En muchos casos sus efectos pueden tardar años en manifestarse, lo que dificulta su identificación y explica la importancia de contar con mecanismos específicos para su reconocimiento.

Un concepto legal más restrictivo que el de accidente de trabajo

La definición legal de enfermedad profesional presenta una particularidad fundamental: para que una patología sea calificada como enfermedad profesional no basta con que tenga origen laboral. Es necesario que concurren simultáneamente tres requisitos:

- Que exista una enfermedad concreta.
- Que la actividad desempeñada figure en el cuadro oficial de enfermedades profesionales.
- Que la enfermedad haya sido causada por alguno de los agentes o factores de riesgo expresamente previstos para dicha actividad.

Por tanto, el sistema español adopta un modelo de **lista cerrada o sistema de cuadro**, de manera que únicamente pueden ser calificadas como enfermedades profesionales aquellas patologías que aparecen recogidas en la normativa específica.

Actualmente, dicho cuadro se encuentra regulado por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, que aprobó el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y estableció criterios para su notificación y registro.

El cuadro oficial cumple una función esencial, ya que identifica las enfermedades cuyos vínculos con determinadas exposiciones laborales están científicamente acreditados.

En él se incluyen patologías agrupadas en diferentes bloques en función del agente causante:

Enfermedades causadas por agentes químicos: Incluyen patologías derivadas de la exposición a sustancias como plomo, mercurio, amianto, benceno, disolventes, pesticidas u otros productos químicos presentes en el entorno laboral.

Enfermedades causadas por agentes físicos: Comprenden daños derivados de ruido, vibraciones, radiaciones, temperaturas extremas o movimientos repetitivos.

En este grupo se encuentran muchas de las patologías musculoesqueléticas más frecuentes, como determinadas tendinitis, bursitis o síndromes de compresión nerviosa asociados a actividades repetitivas.

Enfermedades causadas por agentes biológicos: Afectan especialmente a trabajadores y trabajadoras de los sectores sanitario, sociosanitario, agrícola o veterinario, que pueden estar expuestos a virus, bacterias, hongos o parásitos.

Enfermedades derivadas de la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados: Incluyen patologías respiratorias relacionadas con polvos minerales, fibras, humos o partículas presentes en determinados procesos productivos.

Enfermedades de la piel: Se producen por contacto con sustancias irritantes, corrosivas, alergénicas o sensibilizantes presentes en el trabajo.

Enfermedades causadas por agentes carcinógenos: Engloban determinados cánceres cuya relación con exposiciones laborales se encuentra científicamente demostrada.

La presunción de origen profesional

La principal ventaja jurídica de la enfermedad profesional es que, una vez acreditado que la enfermedad figura en el cuadro oficial y que la persona trabajadora ha estado expuesta al riesgo correspondiente, **se presume la existencia de relación causal con el trabajo**.

Esto supone una diferencia muy importante respecto a otras enfermedades relacionadas con el trabajo que no se encuentran incluidas en el cuadro oficial.

En estos casos no corresponde a la persona trabajadora demostrar que el trabajo ha causado la enfermedad. La ley presume dicho vínculo, lo que facilita enormemente el reconocimiento de la contingencia profesional y el acceso a las prestaciones correspondientes.

Por ello, suele afirmarse que la enfermedad profesional goza de una auténtica presunción “iuris et de iure” de origen laboral, una vez verificados los requisitos legalmente establecidos.

Diferencia entre enfermedad profesional y enfermedad relacionada con el trabajo

No todas las enfermedades causadas por el trabajo son enfermedades profesionales.

Cuando una patología tiene origen laboral pero no figura en el cuadro oficial, puede reconocerse como **accidente de trabajo** al amparo del artículo 156.2.e) LGSS, siempre que se pruebe que tuvo como causa exclusiva la ejecución del trabajo.

Esta distinción tiene enorme relevancia práctica.

Por ejemplo, numerosos trastornos vinculados a los riesgos psicosociales, como determinados cuadros de ansiedad, estrés crónico, síndrome de burnout o depresión relacionada con el trabajo, no forman parte actualmente del cuadro oficial de enfermedades profesionales. Sin embargo, ello no impide que puedan ser reconocidos como accidentes de trabajo cuando se acredite suficientemente la relación causal con la actividad laboral.

Cuadro resumen		
Aspecto	Enfermedad profesional	Enfermedad relacionada con el trabajo
<i>Figura en el cuadro oficial</i>	Sí	No
<i>Regulación</i>	Art. 157 LGSS	Art. 156.2.e) LGSS
<i>Presunción de origen laboral</i>	Sí, una vez acreditados los requisitos legales	Debe acreditarse la relación causal
<i>Necesidad de prueba</i>	Reducida	Elevada
<i>Calificación jurídica</i>	Enfermedad profesional	Accidente de trabajo

2.6. ¿Por qué es tan importante determinar correctamente la contingencia?

Determinar correctamente el origen de una baja médica constituye una cuestión fundamental tanto para la persona trabajadora como para el conjunto del sistema preventivo.

La calificación de una contingencia como común o profesional influye directamente en aspectos tan relevantes como:

1. La cuantía de la prestación económica

Las contingencias profesionales ofrecen una protección más favorable, ya que no exigen período previo de cotización y generan el derecho a la prestación en condiciones más beneficiosas.

2. La entidad responsable de la asistencia y la prestación

La gestión de las contingencias profesionales corresponde habitualmente a la mutua colaboradora con la Seguridad Social, mientras que las contingencias comunes son atendidas principalmente por los Servicios Públicos de Salud.

3. Responsabilidad empresarial: Recargo de prestaciones¹

Cuando se acredita que el daño sufrido por la persona trabajadora tiene relación con un incumplimiento empresarial en materia de prevención de riesgos laborales, todas las prestaciones económicas de Seguridad Social derivadas de ese accidente o enfermedad profesional pueden incrementarse entre un 30 % y un 50 %, en función de la gravedad de la infracción cometida.

Este incremento puede afectar, entre otras, a las prestaciones de incapacidad temporal, incapacidad permanente, lesiones permanentes no incapacitantes, viudedad, orfandad o muerte y supervivencia cuando traigan causa del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

Una de las características más importantes del recargo es que debe ser abonado directamente por la empresa infractora, sin que pueda asegurarse, concertarse con una mutua o trasladarse a una entidad aseguradora. Se trata de una responsabilidad personal y directa del empresario, cuya finalidad es sancionar el incumplimiento preventivo y reforzar la protección de las personas trabajadoras.

Para su imposición basta con acreditar que el accidente o la enfermedad profesional guarda relación con la ausencia o insuficiencia de medidas de seguridad, como puede ocurrir cuando no se han evaluado adecuadamente los riesgos, no se facilita la formación preventiva necesaria, no se proporcionan equipos de protección individual o se incumplen las obligaciones establecidas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

4. La visibilización de los daños derivados del trabajo

Calificar incorrectamente como enfermedad común una patología relacionada con el trabajo impide conocer la verdadera magnitud de los riesgos existentes en las empresas y dificulta la adopción de medidas preventivas eficaces.

5. La protección de la salud colectiva

Cada accidente de trabajo o enfermedad profesional reconocido aporta información valiosa sobre los riesgos presentes en el proceso productivo. Por ello, la correcta determinación de la contingencia no solo protege a la persona afectada, sino también al conjunto de la plantilla.

6. Especial atención a los riesgos psicosociales

Los problemas de salud mental relacionados con el trabajo constituyen actualmente uno de los ámbitos donde se producen más controversias sobre la determinación de la contingencia. Situaciones de acoso, violencia laboral, sobrecarga de trabajo, estrés crónico o síndrome de desgaste profesional pueden tener una clara vinculación con las condiciones de trabajo, aunque con frecuencia sean inicialmente calificadas como enfermedad común.

Por esta razón, la representación sindical debe desempeñar un papel activo en la identificación de posibles daños de origen laboral y, cuando proceda, promover los procedimientos de determinación de contingencia ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

¹ Artículo 164 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS)

CAPÍTULO 3. Prestación económica durante la Incapacidad Temporal

3.1. Cuánto se cobra durante la baja

Uno de los aspectos que genera más dudas entre las personas trabajadoras cuando inician un proceso de incapacidad temporal es la cuantía económica que percibirán durante la baja médica. La respuesta depende de varios factores, especialmente del origen de la contingencia que provoca la incapacidad, ya que la normativa distingue entre las bajas derivadas de contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) y las derivadas de contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional).

La prestación económica por incapacidad temporal tiene como finalidad compensar la pérdida de ingresos que se produce cuando la persona trabajadora no puede desempeñar temporalmente su actividad laboral debido a motivos de salud. Su regulación se encuentra principalmente en el artículo 171 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015).

3.2. Base reguladora y cálculo de la prestación

La cuantía de la prestación por incapacidad temporal no se calcula sobre el salario total que percibe la persona trabajadora, sino sobre la base reguladora, que sirve de referencia para determinar el importe diario de la prestación económica.

El cálculo de la base reguladora dependerá de si se trata de una contingencia común o profesional.

Base reguladora en contingencias comunes

Cuando la incapacidad temporal deriva de una enfermedad común o de un accidente no laboral, la base reguladora diaria se obtiene dividiendo la base de cotización por contingencias comunes correspondiente al mes anterior al de la baja entre el número de días cotizados en dicho período.

Base reguladora diaria = Base de cotización por contingencias comunes del mes anterior ÷ número de días cotizados.

Con carácter general:

- Si el salario es mensual, la base de cotización se divide entre 30 días.
- Si el salario es diario, se divide entre el número de días efectivamente cotizados.

Sobre esta base reguladora se aplica:

- El 60 % desde el día 4 hasta el día 20 de la baja.
- El 75 % a partir del día 21.

Situaciones especiales de IT para mujeres trabajadoras:

- Menstruación incapacitante secundaria:
 - Del primer día al vigésimo: 60% base reguladora. A partir del vigésimo primero: 75% base reguladora.
- Interrupción del embarazo, voluntaria o no y día primero semana 39 de gestación:
 - Primer día: salario.
 - Del segundo al vigésimo día: 60% base reguladora.
 - A partir del vigésimo primer día: 75% base reguladora.

Situación especial de IT por donación de órganos o tejidos para su trasplante:

- 100% de la base reguladora desde el primer día de la baja.

Base reguladora en contingencias profesionales

Cuando la baja deriva de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, el cálculo de la base reguladora es más favorable.

Se toma como referencia la base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior, incorporándose además la parte proporcional de conceptos salariales de devengo superior al mes, tales como pagas extraordinarias u otros complementos periódicos.

La prestación asciende al:

- 75 % de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja médica.

Cuadro resumen

Situación protegida	Días 1-3	Días 4-20	Desde el día 21	Observaciones
<i>Enfermedad común</i>	Sin prestación económica de la Seguridad Social*	60 % de la base reguladora	75 % de la base reguladora	Se exige, con carácter general, 180 días cotizados en los 5 años anteriores.
<i>Accidente no laboral</i>	Sin prestación económica de la Seguridad Social*	60 % de la base reguladora	75 % de la base reguladora	No se exige período previo de cotización para la IT.
<i>Accidente de trabajo</i>	Salario correspondiente al día del accidente (a cargo de la empresa)	75 % de la base reguladora desde el día siguiente	75 % de la base reguladora	No se exige cotización previa.

Cuadro resumen

Situación protegida	Días 1-3	Días 4-20	Desde el día 21	Observaciones
<i>Enfermedad profesional</i>	Salario correspondiente al día de la baja (a cargo de la empresa)	75 % de la base reguladora desde el día siguiente	75 % de la base reguladora	No se exige cotización previa.
<i>Menstruación incapacitante secundaria</i>	60 % de la base reguladora desde el primer día	60 % de la base reguladora	75 % de la base reguladora	No se exige período mínimo de cotización.
<i>Interrupción del embarazo</i>	Día 1: salario. Desde el día 2: 60 % de la base reguladora	60 % de la base reguladora	75 % de la base reguladora	No se exige período previo de cotización.
<i>Gestación desde la semana 39</i>	Día 1: salario	60 % de la base reguladora desde el día 2	75 % de la base reguladora	Existen requisitos específicos de cotización según la edad de la trabajadora.

Ejemplos prácticos de determinación de la base reguladora y prestación

María trabaja como administrativa y tiene una base de cotización por contingencias comunes de 1.800 euros al mes.

Causa baja médica por contingencias comunes el 10 de mayo.

Para calcular la base reguladora se utiliza la cotización de abril:

$$1.800 \text{ €} \div 30 \text{ días} = 60 \text{ € diarios}$$

Su prestación será:

Días 4 al 20: 60% de 60 € = 36 € diarios.

Desde el día 21: 75% de 60 € = 45 € diarios.

Pedro trabaja en hostelería y cotiza por días.

Su base de cotización en el mes anterior fue de 1.550 euros y cotizó durante 31 días.

$$1.550 \text{ €} \div 31 = 50 \text{ € diarios}$$

La prestación será:

Del día 4 al 20: 30 € diarios.

Desde el día 21: 37,50 € diarios.

Cuando la persona acaba de incorporarse a la empresa y la baja se produce en el mismo mes de incorporación y no existe un mes anterior completo, se utilizan las cotizaciones realizadas hasta ese momento.

Laura comienza a trabajar el 1 de marzo y causa baja el día 18.

Hasta esa fecha ha cotizado:

Base de cotización: 900 €

Días trabajados: 18

La base reguladora será:

$$900 € \div 18 = 50 € \text{ diarios}$$

Antonio sufre un accidente de trabajo. En el mes anterior tenía:

Base de cotización por contingencias profesionales: 2.100 €

Horas extraordinarias cotizadas el año anterior: 730 €

Primer sumando

$$2.100 € \div 30 = 70 € \text{ diarios}$$

Segundo sumando

$$730 € \div 365 = 2 € \text{ diarios}$$

Base reguladora final

$$70 € + 2 € = 72 € \text{ diarios}$$

Prestación:

$$72 € \times 75\% = 54 € \text{ diarios}$$

Desde el día siguiente al accidente.

Ejemplos prácticos de determinación de la base reguladora y prestación en supuestos especiales

o Pluriempleo

Existe pluriempleo cuando una persona trabaja simultáneamente para varias empresas. En este caso se suman las bases de cotización de todos los empleos, con aplicación del tope máximo vigente a efectos de cotización.

Ana trabaja:

Por las mañanas en una oficina: base 1.300 €

Por las tardes en una academia: base 700 €

Total: $1.300 € + 700 € = 2.000 €$

Base reguladora: $2.000 € \div 30 = \mathbf{66,67 € \text{ diarios}}$

La prestación se calcula sobre esos 66,67 €, respetando siempre el tope máximo de cotización vigente.

o Personas trabajadoras a tiempo parcial

Para evitar perjuicios a quienes no trabajan todos los días, se utiliza un sistema especial de cálculo. Se suman las bases de cotización de los tres meses anteriores y se dividen entre todos los días naturales de ese período.

Sara trabaja 20 horas semanales.

Sus bases de cotización de los tres meses anteriores son:

Enero: 650 €

Febrero: 650 €

Marzo: 700 €

Total: 2.000 €

Días naturales del período:

$31 + 28 + 31 = 90 \text{ días}$

Base reguladora:

$2.000 € \div 90 = \mathbf{22,22 € \text{ diarios}}$

A partir de ahí se aplican los porcentajes correspondientes.

o Personas trabajadoras fijas discontinuas

El cálculo es similar al de los contratos a tiempo parcial. Se tienen en cuenta las bases generadas desde el último llamamiento, con un máximo de tres meses.

Una trabajadora del sector turístico es llamada para trabajar durante la campaña de verano.

Durante los tres meses anteriores a la baja ha cotizado:

Mayo: 1.200 €

Junio: 1.250 €

Julio: 1.250 €

Total: 3.700 €

Días naturales: 92

Base reguladora:

$3.700 \text{ €} \div 92 = \mathbf{40,22 \text{ € diarios}}$

o Contratos formativos

Las personas trabajadoras con contrato de formación en alternancia o para la obtención de la práctica profesional tienen una regla especial.

La Seguridad Social toma como referencia:

- La base mínima de cotización del Régimen General.
- O la base real, si es superior.

Si la base mínima vigente fuese de 1.380 € mensuales y la persona cotizara exactamente por esa cantidad:

$1.380 \text{ €} \div 30 = \mathbf{46 \text{ € diarios}}$

Esa sería la base reguladora.

o Prácticas formativas

1. Prácticas remuneradas: Se utiliza la base mínima correspondiente al grupo de cotización 7.

Si la base mínima es de 1.380 €:

$1.380 \text{ €} \div 30 = \mathbf{46 \text{ € diarios}}$

2. Prácticas no remuneradas

Aquí existe una importante limitación:

La normativa excluye la protección por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Si una estudiante en prácticas no remuneradas contrae una gripe y necesita baja médica, no tendrá derecho a la prestación económica por incapacidad temporal derivada de enfermedad común.

Sin embargo, sí podrá quedar protegida frente a contingencias profesionales derivadas de las prácticas.

o Empleadas y empleados de hogar

Personas a tiempo completo: *Se aplica la misma regla general.*

Base de cotización del mes anterior: 1.260 €

$1.260 \text{ €} \div 30 = \mathbf{42 \text{ € diarios}}$

Personas a tiempo parcial: Se calcula el promedio de las bases de los tres meses anteriores.

Bases:

Enero: 550 €

Febrero: 600 €

Marzo: 650 €

Total: 1.800 €

Días naturales: 90

Base reguladora: $1.800 \text{ €} \div 90 = \mathbf{20 \text{ € diarios}}$

Aunque las fórmulas parezcan complejas, en la mayoría de los casos la regla práctica es muy sencilla:

La Seguridad Social toma la base de cotización, obtiene una base reguladora diaria y aplica sobre ella un porcentaje del 60% o del 75%, según el origen de la baja y el momento del proceso.

Por ello, cuando una persona trabajadora quiera comprobar si está cobrando correctamente una prestación por incapacidad temporal, lo primero que debe revisar es la base de cotización que figura en su nómina, ya que de ella depende la cuantía final que percibirá durante la baja médica.

3.3. Complementos previstos en convenio colectivo

La legislación de Seguridad Social establece unos niveles mínimos de protección económica durante la incapacidad temporal. Sin embargo, la negociación colectiva ha permitido mejorar significativamente esta cobertura en numerosos sectores y empresas mediante los denominados complementos de incapacidad temporal.

Estos complementos tienen como finalidad evitar pérdidas excesivas de ingresos durante los periodos de baja médica y garantizar una mayor protección económica a las personas trabajadoras.

Los convenios colectivos suelen contemplar medidas como:

- Complementar la prestación hasta alcanzar el 100 % del salario.
- Garantizar determinados porcentajes durante periodos concretos de la baja.
- Mejorar la cobertura en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Extender los complementos a situaciones de hospitalización o intervención quirúrgica.
- Establecer mejoras específicas para determinadas patologías graves.

En algunos sectores, especialmente aquellos con elevada siniestralidad o tradición de negociación colectiva consolidada, los complementos permiten que la persona trabajadora no experimente prácticamente pérdida salarial durante la incapacidad temporal.

3.4. Pago delegado y pago directo

Durante la incapacidad temporal, la prestación económica puede abonarse mediante dos sistemas diferentes: pago delegado o pago directo.

La diferencia radica en la entidad que realiza materialmente el abono de la prestación a la persona trabajadora.

o Pago delegado

Es el sistema más habitual. En este caso la empresa adelanta el importe de la prestación junto con la nómina, y posteriormente compensa las cantidades abonadas en sus cotizaciones a la Seguridad Social.

Aunque la empresa realiza el pago material, el responsable último de la prestación sigue siendo el INSS o la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, según corresponda.

Este sistema permite que la persona trabajadora continúe percibiendo regularmente sus ingresos a través de la nómina habitual.

o Pago directo

El pago directo se produce cuando la prestación es abonada directamente por el INSS o por la mutua. Esta modalidad suele aplicarse, entre otros supuestos, cuando:

- Se extingue la relación laboral durante la incapacidad temporal.
- La empresa incumple sus obligaciones de pago delegado.
- Se trata de determinados colectivos con regímenes específicos.
- La persona trabajadora continúa de baja tras finalizar un contrato temporal.

En estos casos, la entidad gestora efectúa el ingreso directamente a la persona beneficiaria.

Cuando existe pago directo, la persona trabajadora debe presentar la documentación exigida por el organismo correspondiente y comunicar cualquier variación que pueda afectar al derecho a la prestación. Asimismo, deben mantenerse actualizados los datos bancarios y personales para evitar retrasos en los abonos.

3.5 Situaciones especiales de Incapacidad Temporal

1. Menstruación incapacitante secundaria

La **Ley Orgánica 1/2023**, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, incorporó una situación especial de incapacidad temporal para los casos de menstruación incapacitante secundaria.

Se trata de procesos certificados por el correspondiente servicio médico que generan una incapacidad temporal para trabajar asociada a patologías previamente diagnosticadas.

La prestación presenta especialidades respecto a su financiación y gestión dentro del sistema de Seguridad Social.

2. Interrupción voluntaria o no voluntaria del embarazo

La normativa reconoce igualmente protección específica para los procesos de incapacidad temporal derivados de la interrupción del embarazo, voluntaria o involuntaria, siempre que exista impedimento para el trabajo y asistencia sanitaria.

3. Donación de órganos o tejidos

Desde las últimas reformas de la Ley General de la Seguridad Social, se reconoce una situación especial de incapacidad temporal para las personas trabajadoras donantes de órganos o tejidos para su trasplante.

La finalidad es garantizar la protección económica durante los periodos preparatorios y de recuperación relacionados con la donación.

4. Riesgo durante el embarazo y lactancia natural

Aunque técnicamente no constituyen supuestos de incapacidad temporal, estas prestaciones guardan una estrecha relación con la protección de la salud laboral.

Se reconocen cuando las condiciones del puesto de trabajo pueden influir negativamente sobre la salud de la trabajadora embarazada, del feto o del lactante y no resulta posible la adaptación o cambio de puesto.

Situación especial	Periodo	Cuantía de la prestación
Menstruación incapacitante secundaria	Del día 1 al 20 Desde el día 21	60% de la base reguladora 75% de la base reguladora
Interrupción del embarazo (voluntaria o no)	Día 1 Días 2 a 20 Desde el día 21	Salario íntegro a cargo de la empresa 60% de la base reguladora 75% de la base reguladora
Gestación desde el primer día de la semana 39	Día 1 Días 2 a 20 Desde el día 21	Salario íntegro a cargo de la empresa 60% de la base reguladora 75% de la base reguladora
Donación de órganos o tejidos para trasplante	Desde el primer día de la baja	100% de la base reguladora

3.6. Extinción del contrato durante una situación de incapacidad temporal

La extinción del contrato de trabajo no implica, por sí sola, la finalización de la incapacidad temporal. La persona trabajadora continuará en situación de baja médica y seguirá percibiendo la prestación económica correspondiente hasta el alta médica o hasta que concurra alguna de las causas legales de extinción de la incapacidad temporal. No obstante, las consecuencias económicas son diferentes según el origen de la contingencia.

a) Incapacidad temporal derivada de contingencias comunes

Cuando el contrato finaliza mientras la persona trabajadora se encuentra de baja por enfermedad común o accidente no laboral, continuará percibiendo la prestación de incapacidad temporal. Sin embargo, desde la fecha de extinción del contrato la cuantía de la prestación pasará a ser equivalente a la prestación por desempleo que le hubiera correspondido.

Una vez finalizada la incapacidad temporal, la persona trabajadora podrá solicitar la prestación contributiva por desempleo o el subsidio por desempleo, si reúne los requisitos exigidos. Ahora bien, el tiempo transcurrido entre la extinción del contrato y el alta médica se considerará consumido a efectos de desempleo, por lo que se descontará de la duración de la prestación que posteriormente pudiera reconocer el SEPE.

Durante este período, el SEPE continuará efectuando las cotizaciones a la Seguridad Social correspondientes.

b) Incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales

Si la baja médica tiene su origen en un accidente de trabajo o en una enfermedad profesional, la persona trabajadora continuará percibiendo la prestación de incapacidad temporal en la misma cuantía que venía cobrando antes de la extinción del contrato.

La diferencia fundamental respecto de las contingencias comunes es que el tiempo que permanezca en situación de incapacidad temporal tras la finalización del contrato no se descuenta de la futura prestación por desempleo. Por tanto, una vez obtenida el alta médica, podrá acceder a la prestación o subsidio por desempleo que corresponda conservando íntegra su duración.

Idea clave: Si el contrato se extingue durante una baja médica, la incapacidad temporal continúa. La gran diferencia es que en las contingencias comunes el tiempo de baja consume desempleo, mientras que en las contingencias profesionales no lo consume.

3.7. Incapacidad temporal iniciada durante la percepción de prestaciones por desempleo

Una situación diferente es aquella en la que la persona trabajadora ya se encuentra percibiendo una prestación contributiva por desempleo y, durante ese período, inicia una baja médica.

En estos supuestos, la duración de la prestación por desempleo sigue consumiéndose con normalidad mientras se mantiene la situación de incapacidad temporal. No obstante, los efectos económicos varían en función de si la baja constituye una recaída de un proceso anterior o un proceso completamente nuevo.

a) Recaída de un proceso iniciado durante la relación laboral

Cuando la incapacidad temporal deriva de una recaída de una enfermedad o lesión que ya había originado una baja durante la vigencia del contrato de trabajo, la persona trabajadora continuará percibiendo una prestación económica de cuantía equivalente a la prestación por desempleo que venía cobrando.

Si la incapacidad temporal se mantiene una vez agotada la prestación por desempleo, seguirá percibiendo la prestación de incapacidad temporal en la misma cuantía que tenía reconocida hasta ese momento.

b) Nuevo proceso de incapacidad temporal

Cuando la baja médica no guarda relación con procesos anteriores y constituye una nueva situación de incapacidad temporal, la persona trabajadora seguirá percibiendo inicialmente una cuantía equivalente a la prestación por desempleo.

Sin embargo, si la prestación por desempleo se agota y la incapacidad temporal continúa, la cuantía dejará de equipararse al desempleo y pasará a ser equivalente al 80 % del IPREM vigente, excluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias.

Cotización a la Seguridad Social

Durante todo el tiempo en que la persona trabajadora permanezca en incapacidad temporal mientras percibe prestaciones por desempleo, la entidad gestora continuará

ingresando las correspondientes cotizaciones a la Seguridad Social, garantizando el mantenimiento de los derechos asociados a futuras prestaciones.

Idea clave: Si la baja médica comienza mientras ya se está cobrando el desempleo, el paro sigue consumiéndose. La diferencia radica en que, una vez agotado el desempleo, las recaídas mantienen la misma cuantía económica, mientras que los nuevos procesos pasan a percibir únicamente el 80 % del IPREM.

Desde una perspectiva práctica, resulta fundamental distinguir entre una recaída y un nuevo proceso de incapacidad temporal, ya que esta diferencia puede tener importantes consecuencias económicas una vez agotada la prestación por desempleo. Por ello, ante cualquier duda sobre la situación concreta, es recomendable solicitar asesoramiento especializado para verificar la correcta aplicación de la normativa de Seguridad Social.

CAPÍTULO 4. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social

4.1. Qué son y cuál es su función

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social son entidades privadas de carácter asociativo, constituidas por empresarios y autorizadas por el Ministerio competente en materia de Seguridad Social, que colaboran en la gestión de determinadas prestaciones y servicios del sistema de Seguridad Social bajo la dirección, tutela y control de la Administración. A pesar de su naturaleza privada, las mutuas gestionan recursos públicos y forman parte del sector público estatal de carácter administrativo por las funciones públicas que desempeñan.

Las mutuas nacieron históricamente para gestionar la protección de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, aunque sus competencias se han ampliado progresivamente. En la actualidad, desempeñan un papel relevante tanto en la gestión de las contingencias profesionales como en determinados aspectos de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, siempre dentro de los límites establecidos por la normativa de Seguridad Social.

De acuerdo con el artículo 80.2 de la LGSS, las principales funciones de las mutuas son:

- La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- La realización de actividades preventivas vinculadas a las contingencias profesionales.
- La gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
- La gestión de las prestaciones por riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
- La gestión de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
- La gestión de la prestación por cese de actividad de las personas trabajadoras autónomas y otras funciones que les atribuya la legislación vigente.

En relación con las contingencias profesionales, las mutuas son responsables de prestar asistencia sanitaria, rehabilitación y recuperación profesional a las personas trabajadoras

que sufran un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Asimismo, asumen el pago de las prestaciones económicas correspondientes, garantizando la protección de las personas afectadas desde el momento en que se produce la contingencia.

Por otra parte, cuando la empresa tiene concertada con una mutua la cobertura de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, esta entidad puede realizar el seguimiento y control médico de los procesos de baja por enfermedad común o accidente no laboral.

Resulta especialmente importante comprender que las mutuas no sustituyen al INSS ni a los servicios públicos de salud. Su función consiste en colaborar en la gestión de determinadas prestaciones de Seguridad Social, pero siempre bajo la supervisión de las entidades gestoras y dentro del marco legal establecido. Las resoluciones que adopten pueden ser objeto de revisión y reclamación por parte de las personas trabajadoras cuando consideren vulnerados sus derechos. En particular, la determinación inicial del carácter profesional de una contingencia realizada por una mutua puede ser revisada posteriormente por la entidad gestora competente.

La actuación de las mutuas genera con frecuencia conflictos relacionados con las altas médicas, la determinación de la contingencia, el acceso a determinadas prestaciones o el control de los procesos de incapacidad temporal. Por ello, la representación legal de las personas trabajadoras desempeña un papel fundamental en la información, asesoramiento y defensa de quienes se encuentran en situación de incapacidad temporal, garantizando que las actuaciones de las mutuas se ajusten al principio de protección de la salud y al derecho a la tutela efectiva reconocido por el ordenamiento jurídico.

4.2. Marco legal de actuación

La actuación de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social se encuentra sometida a un amplio marco normativo que define sus competencias, limita sus facultades y establece los mecanismos de control por parte de la Administración. Aunque se trata de entidades de naturaleza privada constituidas por empresarios asociados, desempeñan funciones públicas de gestión de prestaciones de Seguridad Social y administran recursos económicos de carácter público. Por ello, su actividad está sujeta a los principios de legalidad, control público, objetividad y servicio al interés general.

La norma básica que regula su funcionamiento es el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS). En concreto, los artículos 80 a 101 regulan la naturaleza jurídica, constitución, organización, competencias, patrimonio, financiación y régimen de funcionamiento de las mutuas.

Uno de los elementos esenciales de este marco legal es que las mutuas no actúan con autonomía plena, sino que ejercen competencias delegadas por el sistema público de Seguridad Social. Esto significa que sus decisiones deben ajustarse estrictamente a las funciones que la ley les atribuye y que se encuentran sometidas al control permanente

de la Seguridad Social, de la Intervención General de la Seguridad Social y del Tribunal de Cuentas.

La LGSS delimita con precisión las funciones que pueden desempeñar las mutuas, y que han sido descritas en el epígrafe anterior. Fuera de estas competencias legalmente establecidas, las mutuas no pueden asumir otras funciones ni sustituir a las entidades gestoras de la Seguridad Social.

Uno de los ámbitos donde la actuación de las mutuas genera más dudas y conflictos es la gestión de los procesos de incapacidad temporal.

Los artículos 169 a 176 de la LGSS regulan la prestación por incapacidad temporal, mientras que el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, desarrolla los procedimientos de gestión y control de estos procesos durante los primeros 365 días de duración. Esta norma se completa con la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, que establece aspectos técnicos y procedimentales relativos a los partes médicos y a la comunicación entre los distintos organismos implicados.

De acuerdo con esta regulación, las mutuas pueden realizar actuaciones de seguimiento y control médico cuando tengan concertada la gestión económica de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes. Sin embargo, estas funciones no les atribuyen el control absoluto del proceso ni les permiten sustituir al facultativo responsable de la asistencia sanitaria.

En particular, conviene recordar que:

- La emisión de los partes de baja y confirmación corresponde a los servicios públicos de salud en los procesos derivados de contingencias comunes.
- Las mutuas pueden citar a la persona trabajadora para reconocimientos médicos de control.
- Las mutuas pueden formular propuestas motivadas de alta médica.
- El alta médica corresponderá al servicio público de salud o al INSS, según el momento y las circunstancias del proceso.

Por tanto, el marco legal establece un sistema de competencias compartidas en el que participan los servicios públicos de salud, las mutuas y el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Otro aspecto fundamental regulado por la legislación es la determinación de la contingencia de la que deriva una situación de incapacidad temporal.

El artículo 82 de la LGSS atribuye a las mutuas la facultad de realizar una determinación inicial del carácter profesional de una contingencia cuando se trate de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. No obstante, dicha calificación no es definitiva.

La competencia para resolver las discrepancias corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) mediante el procedimiento de determinación de contingencia

regulado reglamentariamente. Este mecanismo permite revisar las decisiones adoptadas por las mutuas cuando exista desacuerdo sobre si una lesión o enfermedad tiene origen común o profesional.

Esta cuestión posee una enorme relevancia práctica porque la consideración de una contingencia como profesional puede implicar un mayor nivel de protección para la persona trabajadora, mejores prestaciones económicas y el reconocimiento de responsabilidades preventivas empresariales.

Las resoluciones de las mutuas que reconozcan, suspendan, extingan o denieguen prestaciones deben estar debidamente motivadas y notificarse formalmente a las personas interesadas, tal como establece el artículo 82 de la LGSS.

El legislador ha establecido diversos mecanismos de supervisión para garantizar que las mutuas actúen conforme a la legalidad.

La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social ejerce funciones de dirección y tutela. Del mismo modo, la Intervención General de la Seguridad Social realiza tareas de control financiero, mientras que el Tribunal de Cuentas fiscaliza la gestión de los recursos públicos administrados por estas entidades.

La normativa también prevé la posibilidad de exigir responsabilidades cuando las mutuas incumplan las obligaciones que les atribuye la ley o adopten decisiones contrarias al ordenamiento jurídico.

Conocer el marco legal de actuación de las mutuas resulta fundamental para garantizar la defensa efectiva de los derechos de las personas trabajadoras. La representación legal debe vigilar que las actuaciones de estas entidades se ajusten estrictamente a las competencias que les reconoce la legislación y que no se produzcan restricciones indebidas en el acceso a las prestaciones o en el ejercicio de los derechos de las personas en situación de incapacidad temporal.

4.3. Qué prestaciones gestionan

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social gestionan diversas prestaciones incluidas en la acción protectora del sistema de Seguridad Social. Aunque históricamente estuvieron vinculadas exclusivamente a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las reformas normativas han ampliado progresivamente sus competencias, permitiéndoles participar en la gestión de otras prestaciones de carácter económico y asistencial.

4.3.1. La asistencia sanitaria y las prestaciones derivadas de contingencias profesionales

La principal función de las mutuas consiste en gestionar la protección derivada de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Cuando una persona trabajadora sufre un daño para la salud que tiene origen profesional, la mutua asume la asistencia sanitaria necesaria para su recuperación, incluyendo:

- Atención médica especializada.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Tratamientos farmacológicos.
- Rehabilitación y recuperación funcional.
- Pruebas diagnósticas.
- Suministro de prótesis y ortopedia cuando proceda.
- Recuperación profesional y adaptación para el retorno al trabajo.

Junto a la asistencia sanitaria, las mutuas gestionan las prestaciones económicas derivadas de estas contingencias, especialmente la prestación por incapacidad temporal y determinadas prestaciones por incapacidad permanente cuando así lo establece la normativa.

4.3.2. La prestación por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes

Las mutuas también pueden gestionar la prestación económica por incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral cuando la empresa haya concertado esta cobertura con ellas.

En estos supuestos, la asistencia sanitaria continúa correspondiendo al Servicio Público de Salud, pero la mutua asume el pago de la prestación económica y puede desarrollar actuaciones de seguimiento y control médico del proceso de incapacidad temporal, de acuerdo con los artículos 169 y siguientes de la LGSS y con el Real Decreto 625/2014.

Esta circunstancia explica que muchas personas trabajadoras mantengan simultáneamente relación con su médico de atención primaria y con la mutua responsable de la gestión económica del proceso.

4.3.3. Prestación por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural

La mutua gestiona igualmente las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural, reguladas en los artículos 186 a 189 de la LGSS.

Estas prestaciones protegen a las trabajadoras cuando las condiciones del puesto puedan influir negativamente en su salud o en la del feto, o cuando puedan afectar al menor durante el periodo de lactancia natural y no resulte técnicamente posible la adaptación del puesto o el cambio a otro compatible.

En estos casos, la mutua evalúa la situación y, si concurren los requisitos legales, reconoce y abona la correspondiente prestación económica.

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

La LGSS atribuye también a las mutuas la gestión de la prestación destinada a compensar la reducción de jornada de las personas trabajadoras que necesitan atender de forma directa, continua y permanente a menores afectados por cáncer u otras enfermedades graves.

Esta prestación persigue facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar en situaciones especialmente complejas y se encuentra regulada en los artículos 190 a 192 de la LGSS.

4.3.5. Prestación por cese de actividad de las personas trabajadoras autónomas

Las mutuas desempeñan asimismo un papel esencial en la protección de las personas trabajadoras autónomas mediante la gestión de la prestación por cese de actividad.

Regulada en los artículos 327 y siguientes de la LGSS, esta prestación constituye una protección similar al desempleo de las personas trabajadoras por cuenta ajena y cubre determinadas situaciones de pérdida involuntaria de la actividad económica.

4.3.6. Actividades preventivas

Además de gestionar prestaciones, las mutuas desarrollan actividades preventivas vinculadas a la reducción de la siniestralidad laboral. El artículo 82 de la LGSS contempla actuaciones dirigidas a:

- Reducir los accidentes de trabajo.
- Disminuir las enfermedades profesionales.
- Asesorar a las empresas asociadas.
- Facilitar la adaptación de puestos de trabajo.
- Favorecer la reincorporación de personas trabajadoras accidentadas o con secuelas profesionales.

No obstante, estas actuaciones tienen carácter complementario y no sustituyen las obligaciones preventivas que corresponden a las empresas de conformidad con la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

4.4. Límites de actuación de las mutuas

A pesar de la importancia de las funciones que desarrollan, las mutuas no poseen competencias ilimitadas. Su actuación debe ajustarse estrictamente a las funciones que les atribuye la legislación y está sometida al control de las entidades gestoras de la Seguridad Social.

Este aspecto resulta especialmente importante porque una parte significativa de los conflictos que afectan a las personas trabajadoras se produce precisamente cuando se desconoce cuáles son las facultades reales de estas entidades.

1. Las mutuas no sustituyen al Servicio Público de Salud

Uno de los errores más frecuentes consiste en pensar que la mutua puede asumir plenamente la gestión médica de una baja por enfermedad común.

Sin embargo, cuando la incapacidad temporal deriva de una contingencia común, la asistencia sanitaria corresponde al Servicio Público de Salud.

Por ello, la mutua:

- No realiza el tratamiento médico principal.
- No sustituye al médico de atención primaria.
- No decide el diagnóstico clínico.
- No establece el tratamiento terapéutico ordinario.

Su intervención se limita a las funciones de control y seguimiento previstas en la normativa.

2. Las mutuas no pueden emitir bajas médicas por contingencias comunes

En las situaciones de enfermedad común o accidente no laboral, la mutua no puede emitir partes de baja médica.

Esta competencia corresponde exclusivamente a los facultativos de los servicios públicos de salud, conforme a lo previsto en el artículo 170 de la LGSS y en el Real Decreto 625/2014.

3. Las mutuas no pueden acordar unilateralmente el alta médica

Aunque pueden proponer el alta médica y remitir informes al INSS o al Servicio Público de Salud, las mutuas no tienen competencia general para imponer unilateralmente el alta en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.

La decisión corresponde a la entidad legalmente competente en cada momento del proceso.

4. No pueden modificar la contingencia de forma definitiva

Las mutuas pueden realizar una calificación inicial considerando que una situación es profesional o común, pero no tienen la última palabra sobre esta cuestión.

Cuando existe controversia, el INSS es el organismo competente para resolver el procedimiento de determinación de contingencia.

5. Están sometidas a control público

Las mutuas actúan bajo la supervisión de:

- El Ministerio competente en materia de Seguridad Social.
- La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- El Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- La Intervención General de la Seguridad Social.
- El Tribunal de Cuentas.

Sus decisiones pueden ser revisadas administrativa y judicialmente.

6. Deben respetar los derechos fundamentales

Las actuaciones de las mutuas están limitadas por la normativa sobre:

- Protección de datos personales.
- Confidencialidad de la información médica.
- Igualdad y no discriminación.
- Derecho a la integridad física.
- Derecho a la tutela judicial efectiva.

Cualquier actuación que vulnere estos derechos puede ser objeto de reclamación administrativa y judicial.

4.5. Derechos de las personas trabajadoras frente a las mutuas

Tal y como venimos diciendo, el hecho de que las mutuas participen en la gestión de prestaciones de la Seguridad Social no supone que puedan actuar de manera discrecional ni limitar los derechos de las personas trabajadoras. Su actuación está sometida a la legalidad vigente, al control de la Seguridad Social y a las garantías reconocidas por el ordenamiento jurídico.

Entre los principales derechos que asisten a las personas trabajadoras frente a las mutuas destacan los siguientes:

• Derecho a recibir una asistencia sanitaria adecuada

Cuando la contingencia tiene origen profesional, la persona trabajadora tiene derecho a recibir asistencia sanitaria integral, orientada a la curación, recuperación funcional y reincorporación laboral en las mejores condiciones posibles. Esta asistencia debe prestarse conforme a criterios exclusivamente médicos y con respeto a la dignidad y los derechos de la persona paciente. Este derecho forma parte de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social y no puede quedar condicionado a criterios económicos, empresariales o de ahorro de costes.

La asistencia dispensada por la mutua comprende todas las actuaciones sanitarias necesarias para el tratamiento de la lesión o enfermedad profesional, incluyendo:

- Atención médica primaria y especializada.
- Pruebas diagnósticas.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Hospitalización.
- Tratamientos farmacológicos.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Tratamientos de recuperación funcional.
- Seguimiento médico hasta la curación o estabilización de las secuelas.

La persona trabajadora tiene derecho a que estos servicios se presten con la debida diligencia y sin demoras injustificadas que puedan perjudicar su recuperación o prolongar innecesariamente la situación de incapacidad temporal.

Dentro de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales, la persona trabajadora tiene derecho a recibir gratuitamente los medicamentos, productos sanitarios y demás tratamientos farmacológicos que resulten necesarios para su recuperación.

A diferencia de lo que ocurre en muchas prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en los procesos derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional no corresponde a la persona trabajadora asumir copago ni aportación económica alguna respecto de los medicamentos prescritos por el facultativo responsable del proceso asistencial. El coste debe ser asumido por la entidad responsable de la protección, en este caso la mutua.

La asistencia sanitaria incluye igualmente el acceso a las prestaciones ortoprotésicas que resulten necesarias como consecuencia del daño sufrido. Entre ellas pueden encontrarse:

- Prótesis externas.
- Órtesis y férulas.
- Sillas de ruedas.
- Calzado ortopédico.
- Prótesis auditivas.
- Otros productos de apoyo destinados a compensar limitaciones funcionales derivadas de la contingencia profesional.

Cuando estos elementos sean necesarios para el tratamiento o rehabilitación de la persona trabajadora y guarden relación con el accidente de trabajo o la enfermedad

profesional, la mutua deberá facilitar su obtención conforme a la normativa de Seguridad Social y de cartera común de prestaciones ortoprotésicas del Sistema Nacional de Salud.

La persona trabajadora también tiene derecho a que le sean reembolsados los gastos de desplazamiento que resulten necesarios para recibir la asistencia sanitaria, realizar pruebas diagnósticas, acudir a consultas médicas o participar en tratamientos rehabilitadores cuando estos hayan sido prescritos por la mutua.

Este derecho se fundamenta en el principio de gratuidad de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales, por lo que los gastos indispensables para acceder a dicha asistencia no deben recaer sobre la persona trabajadora.

Dependiendo de las circunstancias, el reintegro puede comprender:

- Gastos de transporte público.
- Utilización de vehículo particular cuando esté justificada.
- Servicios de taxi o transporte adaptado por motivos médicos.
- Gastos excepcionales de desplazamiento y estancia, cuando el tratamiento deba realizarse fuera de la localidad de residencia.

En el caso de las contingencias comunes, la persona trabajadora tendrá derecho al reintegro de los gastos de desplazamiento derivados de su asistencia a las consultas médicas de control y seguimiento convocadas por la mutua, siempre que dichas comparecencias hayan sido requeridas por esta entidad y los desplazamientos se realicen mediante los medios de transporte previamente autorizados conforme a los criterios establecidos por la propia mutua.

Para facilitar la reclamación posterior, resulta recomendable conservar billetes, justificantes de transporte y cualquier documento acreditativo de los gastos realizados.

Por otro lado, la persona trabajadora tiene derecho a obtener información comprensible sobre su diagnóstico, tratamiento, pruebas médicas y evolución clínica. Además, debe poder acceder a su documentación sanitaria en los términos previstos por la legislación sanitaria y de protección de datos y debe ser informada de las propuestas de alta, de las revisiones médicas y de cualquier actuación que pueda afectar a sus derechos económicos o asistenciales.

• **Derecho al respeto de la confidencialidad y protección de datos**

La información sanitaria tiene carácter especialmente protegido. Las mutuas únicamente pueden utilizar los datos médicos para las finalidades relacionadas con la gestión de la prestación o de la asistencia sanitaria, sin que puedan comunicar información clínica a la empresa más allá de lo estrictamente necesario para la gestión administrativa de la situación de incapacidad temporal.

• **Derecho a no recibir el alta médica de forma arbitraria**

Las decisiones sobre el alta médica deben fundamentarse en criterios técnicos y sanitarios objetivos. Cuando la persona trabajadora no esté conforme con una propuesta o resolución de alta emitida por la mutua, puede impugnarla mediante los procedimientos establecidos por la normativa de Seguridad Social, solicitando su revisión al INSS.

• **Derecho a solicitar la determinación de contingencia**

Uno de los derechos más importantes es la posibilidad de solicitar que se revise el origen de la baja médica cuando exista discrepancia sobre si se trata de una contingencia común o profesional. El procedimiento de determinación de contingencia permite que el INSS resuelva qué entidad es responsable de la prestación y asistencia sanitaria correspondientes.

• **Derecho a formular reclamaciones y recursos**

Las personas trabajadoras pueden presentar reclamaciones frente a la actuación de las mutuas cuando consideren que se han vulnerado sus derechos, se ha producido una denegación injustificada de prestaciones o se han emitido decisiones médicas con las que no están conformes. Estas reclamaciones pueden dirigirse ante la propia mutua, ante el INSS, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o, en última instancia, ante la jurisdicción social.

• **Derecho al acompañamiento y asesoramiento sindical**

La representación legal de las personas trabajadoras desempeña un papel fundamental en la defensa de los derechos frente a las mutuas. Las delegadas y delegados sindicales pueden orientar a las personas afectadas, acompañarlas en los procedimientos de revisión o reclamación y garantizar que las actuaciones de la mutua respeten la legalidad vigente y los derechos de la plantilla.

• **Derecho a la tutela judicial efectiva**

Finalmente, toda persona trabajadora tiene derecho a acudir a los tribunales para impugnar resoluciones relacionadas con altas médicas, prestaciones económicas, determinación de contingencias o cualquier otra actuación de la mutua que afecte a sus derechos. Este principio encuentra amparo en el artículo 24 de la Constitución Española y en la normativa reguladora de la jurisdicción social.

CAPÍTULO 5. Gestión de la baja médica

La gestión de los procesos de incapacidad temporal (IT) se articula a través de una serie de documentos médicos que acreditan la situación de la persona trabajadora y permiten el reconocimiento y mantenimiento de la prestación económica. Los partes de baja, confirmación y alta constituyen los instrumentos básicos para el control y seguimiento de estos procesos y se regulan fundamentalmente en el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, y en la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio.

La normativa vigente ha experimentado importantes modificaciones en los últimos años con el objetivo de simplificar los trámites administrativos y reducir las cargas burocráticas para las personas trabajadoras. En este contexto, la comunicación de los procesos de incapacidad temporal se encuentra cada vez más digitalizada, correspondiendo a las entidades gestoras y colaboradoras la transmisión de la información necesaria a las empresas y a la Seguridad Social.

De hecho, a partir del **1 de septiembre de 2026**, las personas trabajadoras que se encuentren en situación de incapacidad temporal, incapacidad permanente o perciban prestaciones por lesiones permanentes no incapacitantes pasan a recibir con carácter general las notificaciones de la Seguridad Social por medios electrónicos. La medida deriva de la modificación de la normativa sobre notificaciones electrónicas de la Seguridad Social y supone que las comunicaciones relacionadas con estas prestaciones deberán consultarse a través de:

- La aplicación o portal de Mi Carpeta Ciudadana.
- La Dirección Electrónica Habilitada Única (DEHÚ).
- La Sede Electrónica de la Seguridad Social.

La nueva regulación establece que la persona interesada dispone de 10 días naturales para acceder al contenido de la notificación y, en su caso, formular alegaciones o realizar las actuaciones oportunas. Transcurrido dicho plazo sin acceder a la comunicación:

- La notificación se considera legalmente practicada.
- Se entiende rechazada.
- Pueden perderse plazos para presentar alegaciones o recursos.
- Puede verse afectado el reconocimiento o mantenimiento de determinadas prestaciones.

Por ello, resulta especialmente importante que las personas trabajadoras en situación de baja médica mantengan actualizados sus datos de contacto y revisen periódicamente los canales electrónicos habilitados por la Seguridad Social.

5.1. Partes de baja, confirmación y alta

5.1.1. Partes de baja

El parte médico de baja es el documento que acredita que una persona trabajadora se encuentra temporalmente incapacitada para desempeñar su trabajo debido a una enfermedad o accidente. Su emisión corresponde al servicio público de salud cuando la incapacidad deriva de contingencias comunes y a la mutua colaboradora cuando la incapacidad tiene origen profesional y la empresa tiene concertada dicha cobertura con una mutua.

En el parte de baja deben constar, entre otros datos, la fecha de la baja médica, la contingencia causante, la duración estimada del proceso y la fecha prevista para la revisión médica. Este documento da inicio formal al proceso de incapacidad temporal y permite el reconocimiento de la prestación económica cuando se cumplen los requisitos legalmente establecidos.

Desde la reforma introducida por el Real Decreto 1060/2022, la persona trabajadora ya no tiene la obligación de entregar a la empresa una copia de los partes médicos, puesto que la comunicación se realiza electrónicamente entre los servicios de salud, el INSS, las mutuas y las empresas. Esta medida ha supuesto una importante simplificación administrativa para las personas trabajadoras en situación de baja médica.

El Real Decreto 625/2014 establece, además, un sistema de expedición de partes de baja y confirmación basado en la duración estimada del proceso de incapacidad temporal. A estos efectos, los procesos se clasifican en cuatro grupos:

• Procesos de duración estimada inferior a 5 días naturales

Cuando el facultativo estime que el proceso tendrá una duración inferior a 5 días naturales, emitirá en el mismo acto médico tanto el parte de baja como el parte de alta. En este caso, la fecha de alta podrá coincidir con la de la baja o situarse dentro de los 3 días naturales siguientes.

No obstante, si llegada la fecha prevista para el alta la persona trabajadora considera que no ha recuperado su capacidad laboral, podrá solicitar un nuevo reconocimiento médico. Tras la correspondiente valoración clínica, el facultativo podrá emitir un parte de confirmación de la baja si aprecia que persiste la situación de incapacidad temporal.

• Procesos de duración estimada entre 5 y 30 días naturales

En estos supuestos, el facultativo emitirá el parte de baja haciendo constar la fecha de la primera revisión médica, que no podrá fijarse más allá de 7 días naturales desde la fecha de la baja inicial.

En la revisión se emitirá el alta médica o, si la situación incapacitante persiste, el primer parte de confirmación. Los posteriores partes de confirmación, cuando resulten necesarios, no podrán expedirse con una separación superior a catorce días naturales entre ellos.

• Procesos de duración estimada entre 31 y 60 días naturales

Cuando la duración estimada de la incapacidad temporal se sitúe entre 31 y 60 días naturales, la primera revisión médica deberá realizarse también en un plazo máximo de 7 días naturales desde la fecha de la baja.

Tras dicha revisión se emitirá el alta médica o el correspondiente parte de confirmación. Los sucesivos partes de confirmación, en caso de ser necesarios, no podrán extenderse con una diferencia superior a 28 días naturales entre sí.

• Procesos de duración estimada de 61 o más días naturales

En los procesos de larga duración, es decir, aquellos cuya duración estimada sea igual o superior a 61 días naturales, el facultativo fijará una revisión médica que deberá celebrarse dentro de los 14 días naturales siguientes a la fecha de la baja inicial.

Tras esta revisión se expedirá el alta médica o el primer parte de confirmación. Los sucesivos partes de confirmación no podrán emitirse con intervalos superiores a 35 días naturales.

La normativa establece los plazos máximos entre revisiones en función de la duración estimada del proceso. No obstante, el facultativo del servicio público de salud o de la mutua puede programar las revisiones médicas y emitir los correspondientes partes de confirmación en plazos inferiores cuando las circunstancias clínicas de la persona trabajadora así lo aconsejen. De este modo, la frecuencia del seguimiento médico puede adaptarse a la evolución real del proceso de incapacidad temporal, garantizando una atención más adecuada y personalizada.

Cuadro resumen

Duración estimada del proceso	Emisión inicial	Primera revisión médica	Partes de confirmación posteriores
Menos de 5 días naturales	Se expiden simultáneamente el parte de baja y el parte de alta	No procede, salvo que la persona trabajadora solicite nueva valoración	Si persiste la incapacidad, el médico podrá emitir un parte de confirmación tras una nueva revisión
Entre 5 y 30 días naturales	Parte de baja con indicación de la fecha de revisión	Máximo 7 días naturales desde la baja	Cada parte de confirmación no podrá espaciarse más de 14 días naturales
Entre 31 y 60 días naturales	Parte de baja con indicación de la fecha de revisión	Máximo 7 días naturales desde la baja	Cada parte de confirmación no podrá espaciarse más de 28 días naturales
61 días naturales o más	Parte de baja con indicación de la fecha de revisión	Máximo 14 días naturales desde la baja	Cada parte de confirmación no podrá espaciarse más de 35 días naturales

5.1.2. Los partes de confirmación

Cuando la situación de incapacidad temporal se prolonga en el tiempo, el personal médico debe emitir los correspondientes partes de confirmación para acreditar que subsisten las causas que justifican la baja médica.

La periodicidad de estos partes depende de la duración estimada inicialmente para el proceso de incapacidad temporal, de acuerdo con lo expuesto en el epígrafe anterior.

Los partes de confirmación cumplen una doble función. Por un lado, garantizan el seguimiento médico de la persona trabajadora durante su recuperación. Por otro, permiten a la entidad gestora o colaboradora verificar que continúa existiendo una situación que impide el desempeño normal de la actividad laboral.

Durante esta fase del proceso, tanto los servicios públicos de salud como las mutuas, dentro de las competencias legalmente atribuidas a cada una de ellas, pueden realizar actuaciones de control y seguimiento médico encaminadas a valorar la evolución de la incapacidad temporal. No obstante, dichas actuaciones deben respetar en todo momento los derechos a la intimidad, confidencialidad y protección de datos de la persona trabajadora.

5.1.3. El parte médico de alta

El alta médica es el acto mediante el cual se declara que la persona trabajadora ha recuperado su capacidad laboral o que concurren circunstancias que justifican la finalización del proceso de incapacidad temporal. Su emisión determina la extinción de la prestación económica y la obligación de reincorporarse al puesto de trabajo, salvo que exista alguna circunstancia legal que lo impida.

El alta puede emitirse por diferentes causas: curación o mejoría que permita trabajar, incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos, agotamiento del plazo máximo de incapacidad temporal o inicio de un expediente de incapacidad permanente, entre otras previstas en la legislación de Seguridad Social.

Dependiendo del tipo de contingencia y de la fase en que se encuentre el proceso, la competencia para emitir el alta médica puede corresponder al servicio público de salud, a la mutua colaboradora o INSS, conforme a las reglas establecidas en la Ley General de la Seguridad Social y en la normativa de desarrollo.

La emisión del alta médica constituye uno de los momentos más relevantes y, al mismo tiempo, más conflictivos de muchos procesos de incapacidad temporal, especialmente cuando la persona trabajadora considera que no ha recuperado plenamente su capacidad laboral o discrepa del criterio médico que la fundamenta. Por ello, resulta esencial conocer quién puede emitir el alta en cada fase del proceso, cuáles son sus efectos y qué mecanismos de revisión o impugnación existen. Todas estas cuestiones se analizan de forma detallada en el Capítulo 7, dedicado específicamente a las altas médicas, las propuestas de alta de las mutuas y los procedimientos de revisión y reclamación frente a dichas decisiones.

5.2. El papel del Servicio Público de Salud

El Servicio Público de Salud (SPS) desempeña un papel esencial en la gestión de los procesos de incapacidad temporal, especialmente cuando estos derivan de contingencias comunes. Su intervención se encuentra regulada fundamentalmente en los artículos 169 y siguientes del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, así como en el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal.

La función principal del Servicio Público de Salud consiste en valorar el estado de salud de la persona trabajadora y determinar si existe una situación clínica que impide temporalmente el desarrollo de su actividad laboral. Para ello, el personal facultativo de atención primaria o especializada puede emitir los correspondientes partes médicos de baja, confirmación y alta cuando se trate de procesos derivados de contingencias comunes.

1. Emisión y seguimiento de los procesos de incapacidad temporal

Corresponde al personal médico del Servicio Público de Salud la expedición de los partes de baja y de confirmación, así como la realización de las revisiones médicas periódicas necesarias para evaluar la evolución del proceso. Estas actuaciones deben basarse exclusivamente en criterios clínicos y asistenciales, garantizando que las decisiones adoptadas respondan al estado real de salud de la persona trabajadora.

Durante la situación de incapacidad temporal, el SPS realiza el seguimiento sanitario del proceso, evalúa la eficacia de los tratamientos prescritos y determina si persisten las limitaciones funcionales que justifican el mantenimiento de la baja médica o si, por el contrario, procede el alta por mejoría o curación.

2. Coordinación con el INSS y las mutuas colaboradoras

La gestión de la incapacidad temporal exige una estrecha coordinación entre el Servicio Público de Salud, el INSS y las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

En los procesos derivados de contingencias comunes cubiertos económicamente por una mutua, esta puede realizar actuaciones de seguimiento y formular propuestas motivadas de alta médica. Sin embargo, la decisión sobre la emisión del alta corresponde al personal facultativo del Servicio Público de Salud mientras la competencia no haya sido asumida por el INSS en los supuestos previstos legalmente.

Asimismo, el Servicio Público de Salud debe facilitar al INSS la información médica necesaria para que este organismo pueda ejercer sus funciones de control, seguimiento y revisión de los procesos de incapacidad temporal.

3. Garantía de la independencia clínica

Uno de los principios fundamentales que rigen la actuación del Servicio Público de Salud es la independencia profesional de su personal facultativo. Las decisiones sobre la situación de incapacidad temporal deben adoptarse exclusivamente sobre la base

de criterios médicos y científicos, sin que puedan verse condicionadas por intereses económicos, empresariales o ajenos a la protección de la salud de la persona trabajadora.

Esta garantía resulta especialmente relevante en aquellos supuestos en los que existen discrepancias entre la valoración realizada por el Servicio Público de Salud y las propuestas formuladas por las mutuas colaboradoras. En tales casos, la normativa atribuye al sistema público sanitario un papel clave en la protección de la objetividad y calidad de las decisiones clínicas.

4. Atención sanitaria y recuperación de la persona trabajadora

Más allá de la gestión administrativa de la prestación, el Servicio Público de Salud tiene la responsabilidad de prestar la asistencia sanitaria necesaria para la recuperación de la persona trabajadora. Esto incluye la realización de pruebas diagnósticas, consultas médicas, tratamientos farmacológicos, intervenciones terapéuticas, rehabilitación y cualquier otra actuación asistencial necesaria para favorecer la recuperación de la salud.

La incapacidad temporal no debe entenderse únicamente como una prestación económica, sino como una medida de protección integral que permite a la persona trabajadora recibir la atención sanitaria adecuada mientras se recupera de una enfermedad o lesión que limita temporalmente su capacidad laboral

5.3. El papel del INSS

Aunque las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social intervienen de forma relevante en la gestión de numerosas prestaciones, el INSS sigue siendo el organismo público que ostenta las principales competencias de dirección, control, reconocimiento y revisión de los derechos económicos vinculados a la incapacidad temporal y a las restantes prestaciones contributivas del sistema.

La intervención del INSS resulta especialmente importante porque actúa como garantía pública de los derechos de las personas trabajadoras frente a posibles discrepancias sobre el origen de una contingencia, la duración de un proceso de incapacidad temporal o la procedencia de determinadas prestaciones. Su actuación se encuentra regulada principalmente en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

1. Competencia para el reconocimiento y control de prestaciones

El INSS es la entidad gestora encargada de reconocer y gestionar la mayoría de las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social, entre ellas las derivadas de incapacidad temporal, incapacidad permanente, jubilación, muerte y supervivencia o nacimiento y cuidado de menor.

En materia de incapacidad temporal, el INSS ejerce funciones de control y seguimiento, especialmente cuando los procesos alcanzan determinados periodos de duración o cuando existen discrepancias entre los distintos actores que intervienen en la gestión de la prestación.

Además, corresponde al INSS supervisar la actuación de las mutuas y garantizar la correcta aplicación de la normativa protectora de la Seguridad Social, asegurando que las decisiones adoptadas respeten los derechos legalmente reconocidos a las personas trabajadoras.

2. El INSS como garante de la correcta determinación de la contingencia

Una de las funciones más relevantes del INSS consiste en resolver los conflictos relativos al origen de la lesión o enfermedad que ha provocado la situación de incapacidad temporal.

No es infrecuente que existan discrepancias sobre si un proceso deriva de contingencia común o profesional

La determinación correcta de la contingencia resulta fundamental, ya que condiciona múltiples aspectos del proceso:

- La entidad responsable del pago.
- La cuantía de la prestación.
- La cobertura sanitaria.
- El acceso a posibles indemnizaciones.
- La protección futura frente a secuelas e incapacidades permanentes.

Cuando existen discrepancias entre el Servicio Público de Salud, la mutua, la empresa o la propia persona trabajadora, el INSS puede tramitar el procedimiento de determinación de contingencia y dictar una resolución que establezca definitivamente el origen profesional o común del proceso.

Esta función adquiere especial importancia en patologías musculoesqueléticas, trastornos de salud mental vinculados al trabajo, enfermedades derivadas de exposiciones laborales o accidentes ocurridos durante desplazamientos relacionados con la actividad profesional.

3. Competencias en los procesos de larga duración

El protagonismo del INSS aumenta conforme se prolonga la duración de la incapacidad temporal.

De acuerdo con la Ley General de la Seguridad Social, una vez transcurridos 365 días de incapacidad temporal, corresponde exclusivamente al INSS adoptar alguna de las siguientes decisiones:

- Conceder el alta médica.
- Reconocer una prórroga expresa de la incapacidad temporal.
- Iniciar un expediente de incapacidad permanente.
- Emitir el alta por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos.

A partir de ese momento cesan las competencias ordinarias de los servicios públicos de salud para emitir partes de confirmación y el control del proceso pasa a depender directamente del INSS.

Asimismo, cuando se alcanza el plazo máximo legal de duración de la incapacidad temporal, el Instituto debe valorar si las secuelas existentes justifican el reconocimiento de una incapacidad permanente en alguno de sus grados.

4. Resolución de discrepancias frente a las altas médicas

El INSS también desempeña un papel esencial como órgano revisor de determinadas altas médicas.

Cuando una mutua emite un alta médica en un proceso derivado de contingencias profesionales y la persona trabajadora considera que no se encuentra en condiciones de reincorporarse a su puesto de trabajo, puede instar el procedimiento de revisión ante el INSS dentro de los plazos legalmente establecidos.

Durante este procedimiento, el INSS analizará la documentación médica disponible y recabará los informes que considere necesarios para decidir si procede:

- Confirmar el alta emitida por la mutua.
- Revocar el alta médica.
- Mantener la situación de incapacidad temporal.

Esta competencia constituye una garantía fundamental para evitar situaciones de indefensión y asegurar que las decisiones médicas puedan ser sometidas a control por un organismo público independiente.

5. Reconocimiento de la incapacidad permanente

Cuando las lesiones o enfermedades producen reducciones funcionales previsiblemente definitivas que afectan a la capacidad laboral, corresponde al INSS valorar y reconocer, en su caso, la situación de incapacidad permanente.

Para ello se apoya en los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI), conocidos habitualmente como “tribunales médicos”, que emiten los correspondientes informes técnicos sobre las limitaciones funcionales de la persona trabajadora.

Tras el análisis del expediente, el INSS determina si procede reconocer alguno de los grados de incapacidad permanente previstos en la legislación:

- Parcial.
- Total.
- Total cualificada.
- Absoluta.
- Gran incapacidad.

Asimismo, corresponde al Instituto revisar posteriormente estas situaciones cuando se produzcan cambios en el estado de salud de la persona beneficiaria.

5.4. El papel de la empresa

La empresa es uno de los actores que intervienen en la gestión de los procesos de incapacidad temporal, aunque sus funciones son esencialmente administrativas y de colaboración con las entidades que tienen atribuidas las competencias sanitarias y de gestión de las prestaciones.

La incapacidad temporal suspende la obligación de prestar servicios y exime a la persona trabajadora de acudir a su puesto de trabajo mientras persista la situación médica incapacitante. Sin embargo, la suspensión del contrato de trabajo no supone la desaparición de todas las obligaciones empresariales, ya que la empresa continúa desempeñando importantes funciones relacionadas con la gestión de la prestación y la protección de los derechos de la persona trabajadora.

Una de las principales obligaciones empresariales consiste en colaborar con la Seguridad Social en la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal. Para ello, la empresa debe comunicar los datos necesarios para el reconocimiento y control de la prestación y cumplir las obligaciones de cotización que correspondan durante el periodo de baja médica, en los términos establecidos por la normativa de Seguridad Social.

Asimismo, en los supuestos previstos legalmente, la empresa actúa como entidad pagadora de la prestación mediante el sistema de pago delegado, adelantando a la persona trabajadora determinados importes que posteriormente son compensados en las cotizaciones a la Seguridad Social.

Tras las modificaciones introducidas por el Real Decreto 1060/2022, la empresa recibe electrónicamente la información relativa a los partes médicos de baja, confirmación y alta a través de los mecanismos de intercambio de datos establecidos entre los servicios públicos de salud, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), las mutuas colaboradoras y la Tesorería General de la Seguridad Social.

Portanto, la persona trabajadora ya no está obligada a entregar físicamente los partes médicos a la empresa, desapareciendo una de las cargas administrativas que tradicionalmente recaían sobre quienes se encontraban en situación de incapacidad temporal.

La empresa debe respetar la situación de incapacidad temporal y abstenerse de adoptar actuaciones que puedan interferir en el proceso de recuperación de la persona trabajadora. La baja médica constituye una situación legalmente protegida, basada en una valoración sanitaria realizada por los profesionales competentes, por lo que la empresa no puede cuestionar unilateralmente su existencia ni exigir la reincorporación al trabajo mientras la situación de incapacidad temporal permanezca vigente.

Del mismo modo, la empresa no puede sustituir los criterios médicos de los servicios públicos de salud, del INSS o de las mutuas en el ejercicio de las competencias que corresponden a estas entidades.

La incapacidad temporal puede poner de manifiesto la existencia de riesgos laborales que requieren una actuación preventiva por parte de la empresa. Cuando la baja médica tenga su origen en un accidente de trabajo, una enfermedad profesional o en factores relacionados con las condiciones de trabajo, la empresa debe adoptar las medidas necesarias para eliminar, reducir o controlar dichos riesgos, de conformidad con lo previsto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

En este sentido, los procesos de incapacidad temporal pueden constituir un importante indicador de problemas preventivos en la organización, especialmente cuando se detectan índices elevados de trastornos musculoesqueléticos, riesgos psicosociales, accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. La investigación de las causas y la adopción de medidas correctoras forman parte de las obligaciones preventivas empresariales.

Una vez emitida el alta médica, la empresa debe permitir la reincorporación de la persona trabajadora a su puesto de trabajo en condiciones adecuadas. Además, cuando existan limitaciones funcionales derivadas de la enfermedad o lesión sufrida, la empresa debe valorar la adopción de las medidas preventivas y de adaptación que resulten necesarias para proteger la salud de la persona trabajadora.

Esta obligación adquiere una especial relevancia en los supuestos de especial sensibilidad, discapacidad sobrevenida, secuelas derivadas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, así como en aquellos casos en los que las condiciones del puesto de trabajo hayan podido influir en la aparición o agravamiento de la patología. La adaptación del trabajo a la persona constituye uno de los principios básicos de la acción preventiva recogidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Aunque la empresa participa en la gestión administrativa de la incapacidad temporal, sus facultades son limitadas. No puede emitir altas ni bajas médicas, determinar la contingencia causante de la incapacidad temporal, acceder a datos clínicos detallados de la persona trabajadora ni adoptar decisiones sanitarias que corresponden exclusivamente a los profesionales médicos y a las entidades competentes.

Asimismo, el conocimiento de la situación de incapacidad temporal no legitima actuaciones discriminatorias, represalias o decisiones empresariales que vulneren los derechos fundamentales de las personas trabajadoras. La protección frente a cualquier trato desfavorable vinculado al estado de salud encuentra amparo tanto en la normativa laboral como en la jurisprudencia nacional y europea en materia de igualdad y no discriminación.

La representación legal de las personas trabajadoras desempeña una función esencial en el control del cumplimiento de las obligaciones empresariales durante los procesos de incapacidad temporal. Entre sus cometidos destacan la vigilancia del respeto a los derechos de las personas trabajadoras, la supervisión de las condiciones de reincorporación tras el alta médica y la intervención ante posibles problemas relacionados con la determinación de contingencias, la prevención de riesgos laborales o la adaptación de los puestos de trabajo.

5.5. El papel de la mutua

A lo largo del capítulo anterior se ha analizado de forma detallada el papel de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, abordando qué son y cuál es su función, el

marco legal que regula su actuación, las prestaciones que gestionan, los límites de sus competencias y los derechos que asisten a las personas trabajadoras en sus relaciones con estas entidades. Por ello, y con el fin de evitar repeticiones innecesarias, en este epígrafe se ofrece únicamente una visión sintética de su intervención en los procesos de incapacidad temporal. Para un estudio más completo de estas cuestiones se recomienda acudir al capítulo dedicado específicamente a las mutuas.

Las mutuas colaboradoras son entidades privadas sin ánimo de lucro que participan en la gestión de determinadas prestaciones de la Seguridad Social bajo la dirección y tutela de la Administración. En materia de incapacidad temporal, su intervención puede variar en función de si la baja médica deriva de una contingencia profesional o de una contingencia común.

Cuando la incapacidad temporal tiene su origen en un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, la mutua asume tanto la gestión de la prestación económica como la asistencia sanitaria necesaria para la recuperación de la persona trabajadora. Esto incluye la atención médica, las pruebas diagnósticas, los tratamientos, la rehabilitación y el seguimiento clínico hasta la curación o estabilización de las secuelas.

Por el contrario, cuando la incapacidad temporal deriva de una enfermedad común o de un accidente no laboral, la asistencia sanitaria corresponde a los servicios públicos de salud, mientras que la mutua puede intervenir en el control y seguimiento de la prestación económica en aquellos supuestos legalmente previstos.

La actuación de las mutuas se enmarca en un modelo de colaboración con la Seguridad Social cuyo objetivo es favorecer la recuperación de la salud de la persona trabajadora y facilitar su reincorporación al trabajo cuando las condiciones clínicas lo permitan. Sin embargo, sus competencias no son ilimitadas. Las mutuas deben actuar dentro de los márgenes establecidos por la legislación y sus decisiones están sometidas al control y supervisión de las entidades gestoras de la Seguridad Social, particularmente el INSS.

Desde la perspectiva de las personas trabajadoras, resulta fundamental recordar que la relación con la mutua no implica una pérdida de derechos. La legislación reconoce garantías específicas en materia de información, asistencia sanitaria, acceso a la documentación clínica, impugnación de altas médicas, determinación de contingencias y reclamación de prestaciones. Asimismo, las personas trabajadoras pueden recurrir a la intervención del INSS cuando no estén conformes con determinadas decisiones adoptadas por la mutua.

En consecuencia, aunque las mutuas desempeñan un papel relevante en la gestión de numerosos procesos de incapacidad temporal, especialmente cuando tienen origen profesional, su actuación debe entenderse siempre dentro del sistema público de Seguridad Social y sometida a los principios de legalidad, control público y protección efectiva de los derechos de las personas trabajadoras. De ahí la importancia de que la representación sindical conozca tanto sus competencias como sus límites, para poder ofrecer un adecuado asesoramiento y acompañamiento a quienes atraviesan una situación de incapacidad temporal.

CAPÍTULO 6. Citaciones, reconocimientos médicos y controles

6.1. Obligación de acudir a las citaciones

Durante un proceso de incapacidad temporal, las personas trabajadoras pueden ser citadas tanto por los Servicios Públicos de Salud como por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social o por el INSS, en el ejercicio de sus funciones de seguimiento, control y evaluación de la situación médica. En todos los casos, la persona trabajadora tiene la obligación de acudir. Esta obligación encuentra su fundamento en la normativa reguladora de la incapacidad temporal, concretamente en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad y en el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio.

Cuando el INSS o la mutua convoque a la persona trabajadora a un reconocimiento médico, la citación debe comunicarse con una antelación mínima de cuatro días hábiles.

En dicha comunicación deberá informarse expresamente de las consecuencias que puede tener la inasistencia injustificada. En concreto, se advertirá de que la falta de comparecencia puede dar lugar, en primer lugar, a la suspensión cautelar de la prestación económica y, posteriormente, a su extinción si no se justifica adecuadamente la ausencia en el plazo de 10 días.

La normativa contempla situaciones en las que la persona trabajadora no puede asistir al reconocimiento por causas justificadas.

Si antes de la fecha fijada, o incluso el mismo día de la cita, se comunica una causa que imposibilita la asistencia, el INSS o la mutua podrán señalar una nueva fecha para el reconocimiento.

Asimismo, la ausencia se considerará justificada, entre otros supuestos, cuando:

- El médico del servicio público de salud informe de que el desplazamiento resulta desaconsejable por la situación clínica del paciente.
- La citación se haya realizado con menos de cuatro días hábiles de antelación.
- Exista cualquier otra causa suficientemente acreditada que haya impedido la comparecencia.

Si la persona trabajadora no acude al reconocimiento médico sin haber justificado previamente su ausencia, el INSS o la mutua podrán acordar la **suspensión cautelar del subsidio por incapacidad temporal** desde el día siguiente al señalado para la cita.

Esta suspensión no implica todavía la pérdida definitiva de la prestación. La persona afectada dispondrá de un plazo de **diez días hábiles** para aportar la documentación o las explicaciones necesarias que acrediten que la incomparecencia estaba justificada.

Durante este periodo, la entidad gestora o la mutua comunicarán la suspensión a la empresa y a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Si dentro del plazo de diez días hábiles la persona trabajadora acredita de forma suficiente las razones de su incomparecencia, el INSS o la mutua dejarán sin efecto la suspensión cautelar.

En ese caso:

- Se recuperará el derecho a la prestación.
- Se abonarán las cantidades que hubieran dejado de percibirse durante el periodo de suspensión.
- Se comunicará a la empresa y a la Tesorería General de la Seguridad Social la reanudación de la prestación.

Por tanto, una ausencia justificada no supone la pérdida de derechos económicos, siempre que se acredite dentro del plazo legalmente establecido.

Cuando transcurran diez días hábiles desde la fecha de la citación sin que la persona trabajadora haya aportado una justificación suficiente, el INSS o la mutua podrán declarar la **extinción del derecho al subsidio por incapacidad temporal**.

En este supuesto, la pérdida de la prestación tendrá efectos desde la fecha en que se produjo la suspensión cautelar. La decisión será notificada a la persona interesada y comunicada a los organismos y entidades implicadas.

Además, cuando la citación proceda del INSS, el inspector médico también podrá emitir el correspondiente **alta médica por incomparecencia**, en los supuestos legalmente previstos.

La comparecencia a los reconocimientos médicos constituye una obligación vinculada al mantenimiento del derecho a la prestación económica. Por ello, es fundamental que las personas trabajadoras atiendan cualquier comunicación recibida del INSS o de la mutua durante una situación de incapacidad temporal. En caso de imposibilidad para acudir a un reconocimiento médico, es aconsejable comunicarlo inmediatamente y conservar toda la documentación justificativa, ya que una ausencia no justificada puede dar lugar a la suspensión o incluso a la pérdida de la prestación económica.

6.2. Qué puede preguntar y qué no puede preguntar la mutua

Uno de los aspectos que genera más dudas durante una situación de incapacidad temporal es el alcance de las facultades de control de las mutuas y, en particular, el tipo de información que pueden solicitar a las personas trabajadoras durante los reconocimientos médicos.

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social tienen atribuida por la normativa la función de control y seguimiento de determinados procesos de incapacidad temporal.

Para ejercer esta función pueden realizar reconocimientos médicos, solicitar informes y recabar la información necesaria para valorar la situación incapacitante y la evolución del proceso. Sin embargo, estas facultades no son ilimitadas y deben respetar en todo momento los derechos fundamentales de la persona trabajadora, especialmente el derecho a la intimidad, la confidencialidad de los datos de salud y la protección de datos personales, reconocidos en la Ley General de la Seguridad Social, la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, y la normativa de protección de datos.

Durante una revisión médica, la mutua puede solicitar información relacionada directamente con el proceso de incapacidad temporal que está controlando. Entre otras cuestiones, puede interesarse por:

- El diagnóstico que ha originado la baja médica.
- La evolución de la enfermedad o lesión.
- Los síntomas que persisten durante el proceso de recuperación.
- Los tratamientos prescritos y su eficacia.
- Las pruebas diagnósticas realizadas o pendientes de realización.
- Las limitaciones funcionales que afectan al desempeño del trabajo habitual.
- La previsión de recuperación y reincorporación laboral.
- Los antecedentes médicos que tengan una relación directa con la patología que motiva la incapacidad temporal.

La finalidad de estas preguntas debe ser exclusivamente valorar si persisten las causas que justifican la baja médica y comprobar el estado funcional de la persona trabajadora. Por tanto, toda la información requerida debe guardar una relación objetiva y proporcionada con el proceso que está siendo evaluado.

Qué no puede preguntar la mutua

La mutua no puede realizar investigaciones generales sobre la salud de la persona trabajadora ni acceder indiscriminadamente a su historial clínico. Tampoco puede exigir información que resulte ajena al proceso de incapacidad temporal objeto de control.

En consecuencia, no estaría justificado solicitar información sobre:

- Enfermedades anteriores sin relación con la baja médica actual.
- Tratamientos médicos que no guarden conexión con el proceso incapacitante.
- Aspectos de la vida privada o familiar sin relevancia médica.
- Datos relativos a la salud reproductiva, salud mental o cualquier otra información especialmente sensible que no tenga relación con la causa de la incapacidad temporal.

- Antecedentes clínicos cuya consulta no resulte necesaria para evaluar la situación concreta que está siendo objeto de seguimiento.

La empresa no puede conocer el diagnóstico

Una cuestión especialmente importante es que la información médica obtenida por la mutua está sometida al deber de confidencialidad. La empresa puede conocer la existencia de la situación de incapacidad temporal y determinados datos necesarios para la gestión administrativa de la prestación, pero no tiene derecho a conocer el diagnóstico, el tratamiento médico ni el contenido de los informes clínicos de la persona trabajadora.

La mutua tampoco puede trasladar a la empresa información sanitaria protegida, salvo en aquellos supuestos expresamente previstos por la ley y limitados a los datos estrictamente necesarios para el ejercicio de sus funciones.

Derecho a la intimidad y a la confidencialidad

Toda persona trabajadora sometida a un reconocimiento médico por parte de la mutua tiene derecho a que las actuaciones sanitarias se desarrollen con pleno respeto a su dignidad, intimidad y confidencialidad. La información obtenida únicamente puede utilizarse para la gestión de la incapacidad temporal y no para otros fines.

Asimismo, la persona trabajadora puede solicitar información sobre el tratamiento de sus datos de salud, ejercer los derechos reconocidos por la normativa de protección de datos y formular las reclamaciones oportunas cuando considere que se ha producido una utilización indebida de su información médica.

6.3. Acceso a la información médica por parte de la mutua

Uno de los aspectos que con mayor frecuencia genera dudas entre las personas trabajadoras es conocer qué información médica puede consultar la mutua cuando interviene en el seguimiento y control de un proceso de incapacidad temporal derivado de contingencias comunes. La respuesta se encuentra, entre otras normas², en el artículo 4 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, que regula determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal.

De acuerdo con esta norma, los facultativos de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social tienen acceso a determinada documentación médica que forma parte del expediente de incapacidad temporal, con la finalidad exclusiva de ejercer las funciones de seguimiento, control y, en su caso, formulación de propuestas de alta médica que les atribuye la legislación de Seguridad Social.

² La información sanitaria constituye una categoría especialmente protegida de datos personales. Por ello, el acceso de las mutuas a la documentación médica está sometido a estrictas limitaciones legales derivadas de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, del Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea y de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente.

En concreto, cuando la gestión de la baja médica corresponde al Servicio Público de Salud, los médicos de la mutua pueden acceder a los **informes médicos complementarios** elaborados por el facultativo responsable de la baja en aquellos procesos cuya duración prevista supere los 30 días naturales. Estos informes contienen información relevante sobre el estado de salud de la persona trabajadora, incluyendo las dolencias padecidas, los tratamientos prescritos, las pruebas diagnósticas realizadas, la evolución del proceso y la incidencia de las limitaciones existentes sobre su capacidad funcional para trabajar. Asimismo, las sucesivas actualizaciones de dichos informes también forman parte de la documentación accesible para la mutua.

Igualmente, los facultativos de la mutua pueden acceder a los **informes de control de la incapacidad temporal** que, con carácter trimestral, elaboran la inspección médica del Servicio Público de Salud o los médicos de atención primaria bajo su supervisión. Estos documentos recogen la valoración médica sobre la persistencia de las circunstancias que justifican el mantenimiento de la situación de incapacidad temporal.

Además, el artículo 4.3 del Real Decreto 625/2014 establece expresamente que forman parte del proceso de incapacidad temporal y, por tanto, son accesibles para los médicos de las mutuas, los informes médicos complementarios, **los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas durante el proceso de baja**.

Sin embargo, esta facultad de acceso tiene límites importantes. La norma diferencia claramente entre la documentación propia del proceso de incapacidad temporal y la totalidad de la historia clínica de la persona trabajadora. Así, el acceso a la **documentación clínica de atención primaria y especializada** queda reservado exclusivamente a los inspectores médicos del Servicio Público de Salud y a los inspectores médicos adscritos al INSS o, en su caso, al Instituto Social de la Marina (ISM). En consecuencia, los médicos de las mutuas no pueden consultar libremente la historia clínica completa de la persona trabajadora ni acceder de forma generalizada a todos los antecedentes médicos que obren en los servicios sanitarios públicos.

Por tanto, el acceso de las mutuas a la información sanitaria se encuentra limitado a aquella documentación directamente vinculada con el proceso de incapacidad temporal y necesaria para el ejercicio de sus funciones de control, debiendo respetarse en todo momento los derechos a la intimidad, confidencialidad y protección de datos de salud reconocidos en la normativa sanitaria y de protección de datos personales. Esta limitación constituye una garantía esencial para evitar accesos indiscriminados a información médica que resulte ajena al proceso de baja laboral objeto de seguimiento.

¿Puede la mutua intervenir en el tratamiento médico o imponer pruebas diagnósticas?

Una cuestión especialmente relevante es determinar hasta dónde alcanza la capacidad de intervención de las mutuas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes. Con carácter general, debe recordarse que la asistencia sanitaria de estos procesos corresponde al Servicio Público de Salud, por lo que la dirección, prescripción y seguimiento del tratamiento médico recaen en los facultativos de dicho servicio.

En consecuencia, la mutua **no puede modificar los tratamientos prescritos por el médico del Servicio Público de Salud, imponer tratamientos concretos, decidir cambios terapéuticos ni sustituir el criterio clínico de los profesionales responsables de la asistencia sanitaria**. Tampoco puede emitir por sí misma partes de baja médica ni altas médicas en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, si bien dispone de facultades de seguimiento y control que pueden culminar en propuestas de alta dirigidas al Servicio Público de Salud o, en determinados supuestos, al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Asimismo, la mutua **no puede obligar a la persona trabajadora a someterse a pruebas diagnósticas, exploraciones o tratamientos médicos**. Cualquier actuación sanitaria requiere, con carácter general, **el consentimiento del paciente**, de conformidad con los principios recogidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La ley permite que las mutuas intervengan con fines asistenciales bajo dos requisitos obligatorios:

- **Consentimiento informado y expreso de la persona trabajadora:** El trabajador debe aceptar someterse a dicha prueba o tratamiento voluntariamente. No se le puede obligar.
- **Autorización previa del Servicio Público de Salud:** El servicio médico de la Seguridad Social que lleva la baja del paciente debe validar y autorizar la realización de estas actuaciones.

Esto implica que:

- **No pueden obligar:** Si la mutua ofrece hacer una prueba o tratamiento por contingencia común y la persona trabajadora decide rechazarlo, **no pueden suspenderle la prestación ni darle de alta** por ese único motivo, siempre que siga acudiendo a las citas obligatorias de control y seguimiento.
- **Control vs. Asistencia:** Una cosa son las citas de seguimiento (a las que sí **están obligados a acudir** bajo riesgo de perder el subsidio económico) y otra muy distinta es que realicen el tratamiento médico o una intervención, lo cual requiere el consentimiento informado y expreso.
- **La mutua no da el alta común:** Aunque le traten o le hagan la prueba, el médico de la mutua **no puede dar el alta médica** en una contingencia común; solo puede realizar una *propuesta de alta* ante la Inspección Médica del Servicio Público de Salud.

Por tanto, en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, la mutua desempeña una función de control y seguimiento de la prestación, pero **no asume la dirección del proceso asistencial ni puede sustituir a los profesionales del Servicio Público de Salud en las decisiones diagnósticas o terapéuticas**, debiendo respetar en todo momento la autonomía del paciente, su derecho al consentimiento informado y las competencias atribuidas a los servicios sanitarios públicos.

6.4. Desplazamientos y gastos

La asistencia a citaciones médicas puede generar determinados gastos de desplazamiento para las personas trabajadoras. La normativa prevé la posibilidad de que estos gastos sean reintegrados cuando las comparecencias hayan sido requeridas por la entidad competente y se cumplan los requisitos establecidos.

En los procesos derivados de contingencias profesionales, las mutuas deben asumir los gastos de desplazamiento necesarios para recibir la asistencia sanitaria o acudir a los reconocimientos médicos relacionados con el accidente de trabajo o la enfermedad profesional, conforme a las condiciones establecidas en la normativa y en los criterios de gestión aplicables.

En los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, la persona trabajadora tiene derecho al reintegro de los gastos de transporte ocasionados por las comparecencias a consultas de control o seguimiento convocadas por la mutua, siempre que dichos desplazamientos se realicen mediante los medios de transporte previamente autorizados por esta entidad.

Para evitar incidencias, resulta recomendable conservar los justificantes de desplazamiento y solicitar información previa sobre los procedimientos de reembolso y los medios de transporte autorizados.

CAPÍTULO 7. Altas médicas y propuestas de alta

La emisión del alta médica constituye uno de los momentos más relevantes dentro de la gestión de la incapacidad temporal, ya que supone la finalización del proceso de baja y la obligación de reincorporación al trabajo. Precisamente por las importantes consecuencias que comporta para la persona trabajadora, el ordenamiento jurídico regula de forma detallada quién puede emitir el alta, qué facultades corresponden a las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, cuáles son los mecanismos de revisión existentes y qué actuaciones pueden llevarse a cabo cuando se discrepa de la decisión adoptada.

7.1. Quién puede emitir el alta médica

La respuesta depende tanto de la contingencia causante de la incapacidad temporal como de la fase en la que se encuentre el proceso.

• El Servicio Público de Salud

Con carácter general, cuando la incapacidad temporal deriva de una contingencia común (enfermedad común o accidente no laboral), los partes de baja, confirmación y alta son emitidos por el personal facultativo del Servicio Público de Salud.

Esta competencia aparece regulada en el artículo 2 del Real Decreto 625/2014, así como en los artículos 169 y siguientes de la LGSS.

El médico o médica responsable del proceso asistencial es quien valora la evolución clínica de la persona trabajadora y decide si persisten o no las limitaciones funcionales que impiden desarrollar su actividad laboral.

El alta médica no exige necesariamente la curación absoluta de la patología. Lo jurídicamente relevante es que exista una recuperación suficiente de la capacidad laboral que permita la reincorporación al trabajo habitual. Por ello, pueden producirse altas médicas aun cuando persistan determinadas molestias, secuelas o tratamientos médicos.

• Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social

Cuando la incapacidad temporal deriva de una contingencia profesional, es decir, de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, la competencia para emitir las bajas, confirmaciones y altas médicas corresponde a los facultativos de la mutua que tenga asumida la cobertura.

Esta facultad se encuentra reconocida en los artículos 80 y siguientes de la LGSS, así como en el artículo 2 del Real Decreto 625/2014.

En estos casos, la mutua no se limita a asumir el pago de determinadas prestaciones, sino que también gestiona la asistencia sanitaria derivada de la contingencia profesional y realiza el seguimiento médico del proceso.

No obstante, las facultades de las mutuas deben ejercerse dentro de los límites establecidos legalmente y respetando en todo momento los derechos de información, intimidad y consentimiento de la persona trabajadora.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social

A medida que avanza el proceso de incapacidad temporal, adquiere especial relevancia el papel del INSS.

Conforme a los artículos 170 y 174 de la LGSS, una vez transcurridos 365 días de incapacidad temporal, corresponde exclusivamente al INSS decidir sobre la continuación del proceso, el alta médica, la prórroga de la incapacidad temporal o el inicio de un expediente de incapacidad permanente.

Desde ese momento desaparece la competencia de los servicios públicos de salud y de las mutuas para emitir nuevas altas o bajas respecto del mismo proceso, salvo en los supuestos expresamente previstos por la normativa.

La denominada “alta médica del INSS” posee un régimen jurídico específico, especialmente importante por las limitaciones que establece para la emisión de nuevas bajas por la misma patología.

Sin embargo, conviene no olvidar que el INSS puede emitir el alta médica en cualquier momento de la incapacidad temporal (IT), no sólo a partir de los 365 días de baja o durante la prórroga automática, ya que no tiene la obligación de esperar a agotar el periodo de máximo.

El Instituto Social de la Marina

En el ámbito del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, las competencias que corresponden al INSS son ejercidas por el Instituto Social de la Marina (ISM), de conformidad con la normativa reguladora de dicho régimen especial.

Cuadro resumen

Situación	Quién emite el alta
Baja por enfermedad común o accidente no laboral	Servicio Público de Salud INSS
Baja por accidente de trabajo o enfermedad profesional	Mutua colaboradora
Cuando la IT supera los 365 días (ya sea por contingencias comunes o profesionales)	Exclusivamente el INSS (o ISM en trabajadores del mar)

7.2. Propuestas de alta de las mutuas

Uno de los aspectos que más conflictos genera en la práctica es el relativo a las propuestas de alta formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes.

Conviene recordar que, en estos supuestos, la mutua no tiene competencia para emitir directamente el alta médica, ya que dicha facultad corresponde al Servicio Público de Salud. Sin embargo, sí dispone de mecanismos legales para promover la finalización del proceso cuando considere que la persona trabajadora ha recuperado su capacidad laboral.

Estas facultades se regulan principalmente en el artículo 82.4 b) de la LGSS y en el Real Decreto 625/2014.

¿Qué es una propuesta de alta?

La propuesta de alta es una actuación formal mediante la cual la mutua comunica al Servicio Público de Salud que, a su juicio, la situación clínica de la persona trabajadora ya no justifica la permanencia en incapacidad temporal.

La propuesta debe estar motivada y respaldada por criterios médicos objetivos.

No basta una mera discrepancia administrativa ni consideraciones económicas relacionadas con la duración del proceso.

La mutua debe fundamentar su posición en informes médicos, exploraciones clínicas y pruebas diagnósticas realizadas durante el seguimiento del proceso.

Actuación del Servicio Público de Salud

La propuesta se remite a la **Inspección Médica del Servicio Público de Salud**, que la traslada al médico responsable de la baja, quien tras valorar el caso, puede:

- **Mantener la baja médica**, explicando las razones clínicas que lo justifican, el tratamiento que sigue la persona trabajadora y los controles médicos previstos.
- **Aceptar la propuesta de la mutua** y emitir el alta médica.

Todo este trámite debe resolverse en un plazo máximo de cinco días.

Por consiguiente, la propuesta de alta no implica automáticamente que vaya a producirse el alta médica.

Solicitud de alta ante el INSS

Por otra parte, si transcurren esos cinco días y no se ha adoptado ni comunicado ninguna decisión, la mutua puede dirigirse al INSS (o al Instituto Social de la Marina en su ámbito competencial) para solicitar que sea este organismo quien resuelva.

En ese supuesto:

- El INSS debe pronunciarse en un plazo de **cuatro días**.
- Podrá confirmar la baja o emitir el alta médica, según la valoración realizada.

En definitiva, la mutua puede impulsar y promover el alta médica cuando considera que la incapacidad temporal ya no está justificada, pero **la decisión final corresponde siempre al Servicio Público de Salud o, en determinados casos, al INSS**, nunca a la mutua por sí sola.

7.3. Qué hacer cuando no se está conforme con el alta

La normativa reconoce a las personas trabajadoras el derecho a impugnar las altas médicas cuando consideren que no han recuperado su capacidad laboral y que la reincorporación al trabajo puede poner en riesgo su salud o dificultar su recuperación. No obstante, el procedimiento a seguir depende de quién haya emitido el alta médica, ya que la legislación distingue entre las altas emitidas por el INSS y las emitidas por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Cuando el alta la emite el INSS

a) Si el alta médica ha sido dictada por el INSS (o por el Instituto Social de la Marina en su ámbito competencial) una vez agotados los 365 días de incapacidad temporal, la persona trabajadora puede manifestar su disconformidad mediante el procedimiento regulado en el artículo 3 del Real Decreto 1430/2009.

En este caso, el plazo para actuar es especialmente breve, ya que la disconformidad debe presentarse dentro de los **cuatro días naturales** siguientes a la notificación del alta.

La solicitud se presenta ante la Inspección Médica del Servicio Público de Salud utilizando el modelo oficial habilitado al efecto. Además, la persona trabajadora debe comunicar a la empresa la presentación de dicha disconformidad el mismo día o, como máximo, el siguiente día hábil.

Si la Inspección Médica del Servicio Público de Salud considera que el alta no es correcta, puede solicitar al INSS, en un plazo máximo de **siete días naturales**, que revise su decisión, exponiendo los motivos de su discrepancia. Mientras se tramita este procedimiento, la situación de incapacidad temporal se considera prorrogada y la persona trabajadora continúa percibiendo la prestación correspondiente.

Si la Inspección Médica del Servicio Público de Salud confirma el alta o no se pronuncia dentro de los **once días naturales** siguientes a la notificación, el alta adquiere plenos efectos y finaliza la incapacidad temporal. En cambio, si existe discrepancia, el INSS debe resolver expresamente en el plazo de **siete días naturales**, pudiendo revocar el alta y mantener la baja médica o confirmar su decisión inicial.

Si el INSS acepta las alegaciones formuladas y reconsidera el alta médica, la persona trabajadora continuará en situación de incapacidad temporal con todos los efectos legales y económicos correspondientes. En cambio, si confirma el alta inicial, la baja se entenderá prorrogada únicamente durante el tiempo que haya durado el procedimiento de revisión, finalizando en la fecha de la resolución definitiva.

Cuadro resumen

Aspecto clave	Resumen
<i>Plazo para impugnar</i>	4 días naturales desde la notificación del alta
<i>Dónde se presenta</i>	INSS
<i>¿Hay que comunicarlo a la empresa?</i>	Sí, el mismo día o el siguiente hábil
<i>¿Se mantiene la baja?</i>	Sí. La IT se considera prorrogada mientras se tramita la disconformidad
<i>¿Se sigue cobrando la prestación?</i>	Sí
<i>Actuación del Servicio Público de Salud</i>	Puede discrepar del alta y pedir al INSS que la revise en 7 días naturales
<i>Si no hay discrepancia o no responde en 11 días</i>	El alta adquiere plenos efectos
<i>Resolución final del INSS</i>	Dispone de 7 días naturales para confirmar o revocar el alta
Si revoca el alta	Continúa la incapacidad temporal
Si confirma el alta	Finaliza la baja médica

b) Si el alta médica ha sido dictada por el INSS antes de los 365 días de incapacidad temporal, la persona trabajadora puede manifestar su disconformidad a través de una reclamación previa³ frente al propio organismo, en el plazo de 11 días hábiles desde que se recibe la misma.

Por su parte, el INSS dispone de un plazo de 7 días para contestar. Si contestan de manera negativa o directamente no contestan, se entiende desestimada la solicitud y la persona trabajadora puede presentar una demanda ante los juzgados de lo social en el plazo de 20 días después de la resolución expresa o no.

Lo más importante de este procedimiento es que la persona trabajadora está obligada, con carácter general, a **reincorporarse a su puesto de trabajo**, aunque no esté conforme con el alta y haya iniciado su impugnación por vía administrativa o judicial.

A diferencia de lo que ocurre con las altas emitidas por el INSS una vez superados los 365 días de baja, en estos casos la presentación de una reclamación o recurso **no suspende los efectos del alta médica**, por lo que la obligación de reincorporación sigue vigente mientras no exista una resolución que la deje sin efecto.

³ En este caso no existe un procedimiento especial, por lo que hay que acudir al **procedimiento ordinario**. El procedimiento viene regulado en el artículo 71 y 140.3 de la Ley reguladora de la jurisdicción social.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha confirmado esta interpretación, señalando que la impugnación del alta no exime a la persona trabajadora de acudir a su puesto de trabajo. Por ello, la falta de reincorporación puede llegar a considerarse una ausencia injustificada y dar lugar a consecuencias disciplinarias, sin perjuicio de que posteriormente el alta pueda ser revisada o anulada por los cauces legalmente establecidos.

Cuadro resumen	
Aspecto	Qué debes saber
<i>¿Cómo se impugna?</i>	Mediante reclamación previa ante el INSS.
<i>Plazo para reclamar</i>	11 días hábiles desde la notificación del alta.
<i>Plazo del INSS para responder</i>	7 días.
<i>Si el INSS desestima o no responde</i>	Puede presentarse demanda ante el Juzgado de lo Social.
<i>Plazo para la demanda judicial</i>	20 días hábiles desde la resolución o desde que se entienda desestimada la reclamación.
<i>¿Se suspenden los efectos del alta?</i>	No. La reclamación no paraliza el alta médica.
<i>¿Hay que reincorporarse al trabajo?</i>	Sí. La persona trabajadora debe volver a su puesto de trabajo mientras se tramita la impugnación.
<i>¿Qué ocurre si no se reincorpora?</i>	La ausencia puede considerarse injustificada y dar lugar a sanciones o incluso despido disciplinario.

Cuando el alta lo emite el Servicio Público de Salud

Si el alta la emite el médico de atención primaria, existe un plazo de 11 días hábiles para realizar una reclamación previa al Servicio Público de Salud. No obstante, el trabajador tiene la obligación de reincorporarse a su puesto de trabajo mientras este organismo resuelve.

Cuadro resumen	
Aspecto	Información esencial
<i>Quién emite el alta</i>	Médico del Servicio Público de Salud (Atención Primaria)
<i>Cómo se impugna</i>	Mediante reclamación previa ante el Servicio Público de Salud
<i>Plazo para reclamar</i>	11 días hábiles desde la notificación del alta

Cuadro resumen

Aspecto	Información esencial
<i>¿Se suspenden los efectos del alta?</i>	No
<i>¿Hay que reincorporarse al trabajo?</i>	Sí, mientras se tramita la reclamación
<i>Consecuencia de no reincorporarse</i>	La ausencia puede considerarse injustificada
<i>Si la reclamación es desestimada</i>	Puede acudirse a la vía judicial

Cuando el alta la emite una mutua

La situación es diferente cuando el alta médica ha sido emitida por una mutua colaboradora en un proceso derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional antes de que se alcancen los 365 días de duración de la incapacidad temporal.

En estos casos, la persona trabajadora puede iniciar el procedimiento especial de revisión regulado en el artículo 4 del Real Decreto 1430/2009.

La solicitud debe presentarse ante el INSS en el plazo de diez días hábiles desde la notificación del alta médica. En ella se explicarán los motivos por los que se considera que el alta es incorrecta y se acompañará el historial médico relacionado con el proceso o, al menos, la acreditación de haber solicitado dicho historial a la mutua.

Asimismo, la persona trabajadora deberá comunicar a la empresa la presentación de la solicitud el mismo día en que la formule o, como máximo, el siguiente día hábil.

Uno de los aspectos más importantes de este procedimiento es que la mera presentación de la solicitud de revisión suspende automáticamente los efectos del alta emitida por la mutua.

Esto significa que la persona trabajadora no tiene que reincorporarse al trabajo mientras el INSS examina el caso y dicta una resolución. Durante ese periodo se mantiene la situación de incapacidad temporal y continúa el abono de la correspondiente prestación económica.

Esta protección constituye una garantía fundamental, ya que evita que una persona que sigue incapacitada se vea obligada a regresar prematuramente a su puesto de trabajo.

Una vez iniciado el procedimiento, el INSS solicita a la mutua toda la documentación médica y los antecedentes del caso. La mutua dispone de cuatro días hábiles para remitir dicha información y explicar las razones que justificaron el alta.

Posteriormente, el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) analiza el expediente y emite un informe que servirá de base para la decisión final.

La resolución debe dictarse en un plazo máximo de quince días hábiles y puede adoptar distintas decisiones:

- Confirmar el alta emitida por la mutua.

- Mantener la situación de incapacidad temporal por considerar que la persona trabajadora sigue incapacitada.
- Determinar si la contingencia es común o profesional cuando existan discrepancias sobre su origen.
- Reconocer que el alta fue prematura y fijar una nueva fecha de alta posterior.

Si finalmente el INSS confirma el alta médica o fija una nueva fecha de extinción de la incapacidad temporal, las prestaciones percibidas durante la suspensión del alta pueden considerarse indebidamente percibidas desde la fecha que establezca la resolución.

Por ello, resulta especialmente importante fundamentar adecuadamente la solicitud de revisión mediante informes médicos y toda la documentación clínica disponible.

Cuadro resumen

Aspecto	Información esencial
<i>Quién emite el alta</i>	La mutua (en procesos inferiores a los 365 días)
<i>¿Qué puede hacer la persona trabajadora?</i>	Solicitar la revisión del alta ante el INSS.
<i>Plazo para solicitar la revisión</i>	10 días hábiles desde la notificación del alta.
<i>Dónde se presenta</i>	Ante el INSS .
<i>Documentación</i>	Motivos de la disconformidad e historial médico o justificante de haberlo solicitado a la mutua.
<i>Comunicación a la empresa</i>	Debe realizarse el mismo día de la solicitud o el siguiente día hábil.
<i>¿Se suspenden los efectos del alta?</i>	Sí, automáticamente.
<i>¿Hay que reincorporarse al trabajo?</i> la baja médica.	No. Mientras se tramita la revisión continúa
<i>¿Se sigue cobrando la prestación?</i>	Sí, se mantiene la prestación económica por incapacidad temporal.
<i>Plazo de la mutua para remitir la documentación al INSS</i>	4 días hábiles.
<i>Quién informa al INSS</i>	El Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).
<i>Plazo máximo para resolver</i>	15 días hábiles.

La vía judicial sigue abierta

Tanto si se trata de un alta emitida por el INSS como de una resolución dictada en un procedimiento de revisión de alta de la mutua, la persona trabajadora podrá acudir posteriormente a la jurisdicción social si continúa disconforme con la decisión adoptada.

De este modo, el sistema establece diversos mecanismos de garantía para asegurar que ninguna alta médica se convierta en definitiva sin que la persona afectada haya tenido la posibilidad de solicitar su revisión y defender sus derechos.

CAPÍTULO 8. Determinación de contingencia

La determinación de la contingencia constituye uno de los aspectos más relevantes en la gestión de la Incapacidad Temporal, ya que permite establecer si una lesión, enfermedad o trastorno tiene carácter profesional o común. Esta calificación no es una cuestión meramente formal, sino que condiciona importantes consecuencias en materia de asistencia sanitaria, prestaciones económicas, responsabilidades empresariales, actuaciones preventivas y derechos de la persona trabajadora.

La regulación básica se encuentra en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, especialmente en los artículos relativos al concepto de accidente de trabajo, enfermedad profesional y competencias del INSS. También resulta de aplicación el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, así como diversa normativa sobre enfermedades profesionales y prevención de riesgos laborales.

8.1. Cuando existe desacuerdo sobre el origen de la lesión o enfermedad

No siempre resulta evidente si una lesión o proceso patológico debe considerarse derivado de contingencias comunes o profesionales. En numerosas ocasiones existen discrepancias entre la persona trabajadora, la empresa, la mutua colaboradora con la Seguridad Social, el Servicio Público de Salud o el propio INSS acerca del origen real de la incapacidad.

Las situaciones más frecuentes de discrepancia suelen producirse cuando:

- Una mutua considera que una lesión no tiene origen laboral y deriva a la persona trabajadora al sistema público de salud.
- El Servicio Público de Salud entiende que la patología guarda relación con el trabajo.
- Existen enfermedades cuya aparición es progresiva y no resulta sencillo acreditar su origen laboral.
- Se trata de trastornos musculoesqueléticos o enfermedades mentales relacionadas con factores de riesgo presentes en el trabajo.
- Se producen recaídas o agravaciones de procesos previos.

La calificación correcta reviste una enorme importancia porque las consecuencias jurídicas son diferentes.

Si la contingencia es profesional:

- La prestación económica se percibe desde el día siguiente a la baja.
- No se exige período previo de cotización.
- Rige la automaticidad de prestaciones, lo que implica que se reconoce el derecho a las prestaciones aunque la empresa haya incumplido sus obligaciones de afiliación, alta o cotización.
- La asistencia sanitaria corre a cargo de la mutua.
- Puede existir derecho al recargo de prestaciones cuando haya incumplimientos preventivos empresariales.
- Pueden derivarse responsabilidades administrativas, civiles o incluso penales.

Por el contrario, si la contingencia se considera común, el régimen de protección resulta distinto, especialmente en relación con los requisitos de acceso y el nivel de cobertura.

Antes de analizar el procedimiento de determinación de contingencias, conviene tener presente que nuestro ordenamiento jurídico reconoce dos importantes presunciones de laboralidad que desempeñan un papel decisivo en la protección de las personas trabajadoras. Estas presunciones facilitan el reconocimiento del origen profesional de determinadas lesiones y enfermedades, evitando que recaiga íntegramente sobre la persona trabajadora la carga de acreditar su relación con el trabajo. Por ello, en muchos casos la discusión sobre la contingencia no parte de una situación de igualdad entre las partes, sino de la existencia de mecanismos legales diseñados específicamente para garantizar una tutela reforzada frente a los daños derivados de la actividad laboral.

El artículo 156.3 de la LGSS establece una importante presunción jurídica: “Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra la persona trabajadora durante el tiempo y en el lugar de trabajo.”

Esta presunción obliga a demostrar la inexistencia de relación laboral cuando la lesión se produce en tiempo y lugar de trabajo.

Asimismo, el artículo 157 de la LGSS y el **Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre**, establecen que cuando una persona trabajadora padece una enfermedad incluida en el cuadro oficial de enfermedades profesionales y ha desempeñado una actividad igualmente recogida en dicho cuadro con exposición al riesgo correspondiente, se presume de forma absoluta que la enfermedad tiene origen profesional. Se trata de una presunción iuris et de iure, es decir, una presunción que **no admite prueba en contrario**, de modo que no es necesario que la persona trabajadora demuestre la relación causal entre la enfermedad y el trabajo, ni puede la entidad gestora, la mutua o la empresa negar su carácter profesional alegando la existencia de otras posibles causas. Basta con acreditar la concurrencia de los tres elementos legalmente exigidos: la existencia de una enfermedad incluida en el cuadro oficial, la realización de una actividad contemplada en dicho cuadro y la exposición al agente o factor de riesgo correspondiente.

Esta presunción refuerza considerablemente la protección de las personas trabajadoras y diferencia a la enfermedad profesional de otras patologías relacionadas con el trabajo que, al no estar incluidas en el cuadro oficial, deben acreditar individualmente el nexo causal para poder ser reconocidas como contingencia profesional, generalmente como accidente de trabajo al amparo del artículo 156.2.e) de la LGSS. Por ello, la correcta identificación y declaración de las enfermedades profesionales resulta esencial para garantizar los derechos de las personas trabajadoras y evitar fenómenos de infradeclaración que siguen siendo especialmente relevantes en determinados sectores y patologías.

8.2. Procedimiento ante el INSS

Cuando exista controversia sobre la contingencia, corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) resolverla de forma definitiva mediante el procedimiento administrativo de determinación de contingencia.

La competencia del INSS deriva del artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, que regula expresamente este procedimiento.

¿Cómo se inicia el procedimiento para la determinación de contingencias en los procesos de incapacidad temporal?

El procedimiento puede comenzar por las siguientes vías:

1. **De oficio**, por propia iniciativa del INSS, o como consecuencia de petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del servicio público de salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o a propuesta del Instituto Social de la Marina.

La normativa permite que el procedimiento se inicie también de oficio por parte del INSS cuando existan dudas sobre si una lesión o enfermedad debe considerarse derivada de contingencia común o profesional. Además, pueden promover su inicio otros organismos públicos con competencias en la materia, como la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, los servicios públicos de salud o, en el caso de las personas trabajadoras del mar, el Instituto Social de la Marina

2. **A instancia del propio trabajador**, o bien de su representante legal.
3. **A instancia de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social**. Cuando la mutua atiende inicialmente a una persona trabajadora y, tras el oportuno reconocimiento médico y las pruebas que considere necesarias, concluye que la patología tiene carácter común, puede derivarla al Servicio Público de Salud para que continúe su asistencia y tratamiento. No obstante, la mutua está obligada a entregar un informe médico (de derivación) en el que consten el diagnóstico realizado, el tratamiento dispensado, las pruebas practicadas y los motivos por los que considera que la contingencia no es profesional.

¿Cuándo se puede iniciar el procedimiento?

A partir de la fecha en que se emita el parte de incapacidad temporal, **en cualquier momento hasta que transcurra un plazo de 5 años** desde ese momento.

¿Cómo se desarrolla el procedimiento de determinación de contingencias?

Una vez que se inicia el procedimiento, los pasos que se seguirán son los siguientes:

- **El INSS comunicará el inicio del procedimiento** al servicio público de salud competente, a la mutua o a la empresa colaboradora, según el caso (si el procedimiento no se ha iniciado a su instancia y en los asuntos que les afecten).
- En un plazo de 4 días hábiles (no prorrogables), las personas anteriores deberán **aportar los antecedentes relacionados** con el caso de los que dispongan. Asimismo, tendrán que informar sobre la contingencia de la que consideran que se ha derivado el proceso patológico y los motivos del mismo.
- **Se dará traslado también al trabajador** de que se ha iniciado al procedimiento, si no ha sido a instancia suya. Igualmente, se le comunicará que tiene un plazo de 10 días hábiles para aportar los documentos y realizar las alegaciones que estime convenientes.
- El INSS podrá **solicitar aquellos informes** y llevar a cabo las actuaciones que considere que son necesarias para determinar, conocer y comprobar los datos en cuya virtud tiene que dictar resolución.
- Si el servicio público de salud emite parte de baja por contingencias comunes, **comenzará el pago de la prestación por IT** que corresponda por las mismas hasta la fecha de resolución del procedimiento. Si la resolución determina que la contingencia es profesional, la mutua correspondiente tendrá que pagar al interesado la diferencia que resulte a su favor y reintegrar tanto a la entidad gestora, en su caso, la prestación pagada a su cargo, mediante la compensación de las cuantías que procedan, como al servicio público de salud el coste de la asistencia sanitaria prestada.
- **De igual modo se procederá si la resolución determina que la contingencia es común** (modificando la anterior calificación como profesional), si su protección había sido dispensada por una mutua. Esta tendrá que ser reintegrada por la entidad gestora y el servicio público de salud de los gastos generados por las prestaciones económicas y asistenciales hasta la cuantía correspondiente a dichas prestaciones, teniendo en cuenta su carácter común. De la misma manera, la mutua realizará las compensaciones que correspondan en sus cuentas cuando las dos contingencias sean protegidas por la misma.
- El Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) o la Comisión de Evaluación de Incapacidades (CEI), emitirá un informe preceptivo en el que se pronunciará sobre la contingencia que ha generado el proceso de incapacidad, y lo elevará al Director Provincial del INSS.

- El **Director Provincial competente del INSS** dictará resolución en un plazo máximo de 15 días hábiles desde que los interesados aporten la documentación, o desde que se agoten los plazos fijados para ello en el apartado 2 del artículo 6 del Real Decreto 1430/2009. En el Régimen Especial de Trabajadores del mar, el informe preceptivo del EVI o la CEI se formulará ante el Director Provincial del ISM, que adoptará la resolución correspondiente y se la notificará a los interesados.
- **Se comunicará la resolución** al interesado, a la empresa, a la mutua y al servicio público de salud.

¿Cuál es el contenido de la resolución que se dicta en este procedimiento?

La resolución se pronunciará sobre los siguientes aspectos:

1. Determinación de si la contingencia de las que se deriva la incapacidad temporal es común o profesional y si el proceso es recaída de otro anterior o no.
2. **Efectos** correspondientes en el proceso de incapacidad temporal como consecuencia de la determinación causante, en caso de que coincidan en el tiempo dolencias que derivan de contingencias distintas.
3. Quién es el sujeto **responsable de las prestaciones** económicas y sanitarias.

La resolución vincula a todas las entidades implicadas.

Si la persona trabajadora no está conforme con la resolución del INSS, puede formular reclamación previa y posteriormente acudir a la jurisdicción social, conforme a la Ley 36/2011, Reguladora de la Jurisdicción Social.

8.3. Accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo

La determinación de contingencia adquiere una especial relevancia en aquellos supuestos en los que la lesión o enfermedad presenta una relación evidente con la actividad laboral, pero no encaja de forma automática en el concepto clásico de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

Como se ha señalado en capítulos anteriores, el artículo 156 de la LGSS configura un concepto amplio de accidente de trabajo, incluyendo no solo los daños producidos por un hecho súbito ocurrido en tiempo y lugar de trabajo, sino también determinadas enfermedades y alteraciones de la salud cuya causa se encuentra en la actividad laboral.

En este sentido, el artículo 156.2.e) de la LGSS considera accidente de trabajo las enfermedades que contraiga la persona trabajadora con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Esta previsión resulta fundamental para proteger numerosas patologías que, aun teniendo una clara vinculación laboral, no figuran en el cuadro oficial de enfermedades profesionales aprobado por el Real Decreto 1299/2006.

Nos encontramos ante un ámbito especialmente complejo desde el punto de vista probatorio. Mientras que en las enfermedades profesionales incluidas en el cuadro oficial

opera una presunción legal de origen profesional, las enfermedades relacionadas con el trabajo exigen acreditar la existencia de un nexo causal entre la actividad desempeñada y la aparición de la patología.

Entre los supuestos que con mayor frecuencia generan controversias sobre la contingencia pueden citarse determinadas lesiones musculoesqueléticas derivadas de movimientos repetitivos, trastornos asociados a posturas forzadas, patologías de la voz en profesiones con una elevada exigencia vocal, enfermedades cardiovasculares vinculadas a condiciones de trabajo particularmente estresantes o procesos degenerativos cuya evolución se ha visto acelerada por la actividad laboral.

La jurisprudencia social ha venido reconociendo de forma reiterada que la protección dispensada por el sistema de Seguridad Social no puede limitarse exclusivamente a las enfermedades profesionales declaradas como tales en el cuadro oficial. Por ello, cuando quede acreditada la existencia de una relación causal suficiente entre el trabajo y la enfermedad, esta podrá ser calificada como contingencia profesional, aunque no figure expresamente en dicho cuadro.

La correcta identificación de estas patologías resulta especialmente importante en un contexto en el que los riesgos laborales han evolucionado de manera significativa. Junto a los accidentes traumáticos tradicionales, cada vez adquieren mayor relevancia los daños derivados de exposiciones prolongadas, sobrecargas físicas acumulativas, organización del trabajo y nuevos modelos productivos que pueden afectar de forma relevante a la salud de las personas trabajadoras.

Por ello, ante cualquier proceso patológico respecto del que existan indicios razonables de vinculación con el trabajo, resulta aconsejable analizar las condiciones laborales concurrentes y valorar la procedencia de solicitar la determinación de contingencia, evitando que enfermedades de origen laboral sean tratadas indebidamente como contingencias comunes.

8.4. Riesgos psicosociales y salud mental

Uno de los ámbitos donde actualmente se plantean mayores dificultades en materia de determinación de contingencias es el relativo a los daños derivados de los riesgos psicosociales presentes en el entorno laboral.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, establece que la protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras debe comprender todos los riesgos existentes en el trabajo, sin limitarse a los riesgos físicos o materiales. En consecuencia, los factores relacionados con la organización del trabajo, la carga mental, el estrés, la violencia laboral, el acoso o la falta de apoyo organizativo constituyen auténticos riesgos laborales que deben ser objeto de evaluación y prevención por parte de las empresas.

Sin embargo, pese al creciente reconocimiento técnico y científico de estos riesgos, su reflejo en el sistema de contingencias profesionales continúa siendo limitado. Ninguno

de los principales trastornos mentales relacionados con el trabajo figura actualmente en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado por el Real Decreto 1299/2006, lo que obliga a las personas trabajadoras a acreditar individualmente la relación existente entre el daño sufrido y las condiciones de trabajo.

Esta situación genera importantes dificultades prácticas. Procesos como los trastornos de ansiedad, la depresión, los trastornos adaptativos, el síndrome de desgaste profesional o determinados cuadros de estrés postraumático vinculados a experiencias laborales traumáticas suelen ser inicialmente calificados como contingencias comunes, aun cuando existan circunstancias laborales claramente determinantes en su aparición.

No obstante, la ausencia de reconocimiento como enfermedad profesional no impide que estas patologías puedan llegar a calificarse como accidente de trabajo. La jurisprudencia ha admitido en numerosas ocasiones el carácter profesional de determinados trastornos psíquicos cuando se acredita suficientemente que tienen su origen directo e inmediato en situaciones producidas en el ámbito laboral.

Especialmente relevantes son los supuestos vinculados a situaciones de acoso laboral, violencia externa ejercida por terceros, amenazas, agresiones, sobrecarga de trabajo extrema o exposición continuada a factores de riesgo psicosocial insuficientemente controlados por la empresa.

Desde una perspectiva sindical y preventiva, esta problemática pone de manifiesto la necesidad de reforzar la gestión de los riesgos psicosociales en las empresas y avanzar hacia un reconocimiento más adecuado de los daños derivados de la salud mental relacionada con el trabajo. La evolución del mercado laboral y el incremento de las patologías psicológicas asociadas al empleo evidencian la necesidad de adaptar los mecanismos de protección a una realidad cada vez más presente en los centros de trabajo.

La correcta determinación de la contingencia en estos supuestos no solo afecta al nivel de protección económica de la persona trabajadora, sino que también permite visibilizar riesgos laborales emergentes, activar las obligaciones preventivas empresariales e impulsar medidas dirigidas a evitar la repetición de situaciones similares.

8.5. Casos prácticos frecuentes

La experiencia administrativa y judicial demuestra que existen determinados supuestos que generan controversias recurrentes sobre la calificación de la contingencia. A continuación se exponen algunos de los ejemplos más habituales.

• Lesiones musculoesqueléticas por movimientos repetitivos

Una persona trabajadora que realiza durante años tareas repetitivas comienza a sufrir una tendinitis o una lesión del túnel carpiano. Si la actividad desarrollada y la enfermedad aparecen recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales, deberá reconocerse su origen profesional conforme al artículo 157 de la LGSS y al Real Decreto 1299/2006. Cuando no concurra alguno de los requisitos exigidos para tal reconocimiento, podrá

valorarse su consideración como accidente de trabajo en los términos del artículo 156.2.e) de la LGSS.

• **Lumbalgias y patologías de espalda**

Las dolencias de espalda constituyen uno de los ámbitos con mayor conflictividad. Aunque determinadas patologías tienen un importante componente degenerativo, ello no excluye necesariamente la existencia de un origen profesional cuando las condiciones de trabajo hayan contribuido de forma significativa a su aparición o agravamiento. La valoración de factores como la manipulación manual de cargas, las vibraciones, las posturas forzadas o los sobreesfuerzos resulta esencial para determinar la contingencia correcta.

• **Episodios cardiovasculares en el trabajo**

Los infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares u otros episodios cardiovasculares producidos durante el tiempo y lugar de trabajo pueden beneficiarse de la presunción de laboralidad prevista en el artículo 156.3 de la LGSS. En estos casos corresponderá a quien niegue el origen profesional acreditar la ausencia de relación con el trabajo, lo que ha dado lugar a una abundante jurisprudencia protectora.

• **Procesos de ansiedad vinculados al trabajo**

Cuando una persona trabajadora desarrolla un trastorno de ansiedad, una depresión o un trastorno adaptativo tras sufrir situaciones de acoso, conflictos laborales graves o una elevada exposición a factores de riesgo psicosocial, puede plantearse la solicitud de determinación de contingencia para que se valore su posible origen profesional. En estos supuestos adquieren una especial relevancia los informes médicos, la documentación preventiva y los antecedentes laborales concurrentes.

• **Enfermedades no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales**

También son frecuentes los casos en los que existe una clara relación entre la enfermedad y el trabajo, pero la patología no figura en el cuadro oficial. En tales situaciones no procede el reconocimiento como enfermedad profesional, aunque sí puede solicitarse su consideración como accidente de trabajo cuando quede acreditado suficientemente el nexo causal exigido por el artículo 156.2.e) de la LGSS.

Estos ejemplos ponen de manifiesto que la determinación de contingencia constituye un instrumento esencial para garantizar la correcta protección de las personas trabajadoras. La calificación inicial realizada por la empresa, la mutua o el servicio público de salud no es definitiva y puede ser revisada cuando existan indicios de que el verdadero origen de la lesión o enfermedad es distinto del inicialmente atribuido.

En consecuencia, conocer el procedimiento y los derechos asociados al mismo resulta fundamental para evitar situaciones de infraprotección y asegurar la aplicación del régimen jurídico que realmente corresponde en cada caso.

CAPÍTULO 9. Derechos de las personas trabajadoras durante la baja

La situación de incapacidad temporal no supone una suspensión de los derechos fundamentales de la persona trabajadora. Aunque durante la baja médica se suspenda la obligación de prestar servicios y surjan determinadas obligaciones de colaboración con las entidades gestoras, las mutuas o los servicios públicos de salud, la persona trabajadora continúa siendo titular de todos sus derechos laborales, de Seguridad Social y de protección de la salud.

La normativa reconoce expresamente importantes garantías destinadas a proteger tanto la recuperación de la salud como la dignidad, la intimidad y la seguridad jurídica de quienes se encuentran en situación de incapacidad temporal. El conocimiento de estos derechos resulta esencial para evitar situaciones de desinformación, abuso o vulneración de garantías durante el proceso de baja médica.

9.1. Derecho a la asistencia sanitaria

Toda persona trabajadora en situación de incapacidad temporal tiene derecho a recibir la asistencia sanitaria necesaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología que ha motivado la baja médica.

Este derecho encuentra su fundamento en los artículos 41 y 43 de la Constitución Española, en la Ley 14/1986, General de Sanidad, en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

La asistencia sanitaria debe prestarse de manera adecuada, continuada y gratuita para la persona trabajadora, comprendiendo todas las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que resulten necesarias para favorecer la recuperación de la salud.

Cuando la incapacidad temporal deriva de contingencias comunes, la asistencia sanitaria corresponde al Servicio Público de Salud de la comunidad autónoma competente. Por el contrario, cuando la baja tiene origen profesional, la asistencia sanitaria es prestada por la mutua colaboradora con la Seguridad Social responsable de la cobertura.

Este derecho no se limita únicamente a las consultas médicas. También comprende el acceso a pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos, rehabilitación, fisioterapia y cualquier otra prestación sanitaria clínicamente indicada.

Asimismo, en determinadas circunstancias la persona trabajadora puede tener derecho al reembolso o compensación de determinados gastos derivados de desplazamientos necesarios para recibir asistencia sanitaria o acudir a los actos de control de la mutua. Esta información se detalla en los capítulos 4 y 6 de esta publicación.

La asistencia sanitaria debe prestarse conforme a criterios exclusivamente médicos y científicos. Las consideraciones económicas, administrativas o de gestión nunca pueden prevalecer sobre las necesidades asistenciales de la persona trabajadora.

9.2. Derecho a la intimidad y confidencialidad

La situación de incapacidad temporal implica el manejo de información especialmente sensible relacionada con la salud de la persona trabajadora. Por ello, el ordenamiento jurídico establece una protección reforzada de estos datos.

Este derecho encuentra amparo en el artículo 18 de la Constitución Española, en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La empresa tiene derecho a conocer la existencia de la situación de incapacidad temporal y determinados aspectos administrativos relacionados con ella, pero no tiene derecho a acceder al diagnóstico médico, al tratamiento recibido ni al contenido de la historia clínica de la persona trabajadora.

De igual forma, los representantes empresariales no pueden exigir a la persona trabajadora información médica detallada ni solicitar documentación sanitaria distinta de la estrictamente necesaria para justificar las ausencias al trabajo.

La mutua, el INSS, los servicios públicos de salud y el personal sanitario están obligados a garantizar la confidencialidad de todos los datos clínicos obtenidos durante el proceso.

Además, cualquier prueba diagnóstica, exploración médica o tratamiento requiere, con carácter general, el consentimiento informado de la persona interesada, salvo los supuestos expresamente previstos por la ley.

La protección de la intimidad adquiere especial relevancia en patologías relacionadas con la salud mental, enfermedades graves o procesos que afectan a aspectos especialmente sensibles de la esfera personal.

9.3. Protección frente a presiones indebidas

Durante la situación de incapacidad temporal, la persona trabajadora tiene derecho a desarrollar su proceso de recuperación libre de cualquier forma de presión, coacción o conducta empresarial que pueda interferir en su estado de salud o en el ejercicio de sus derechos.

La protección frente a estas conductas deriva, entre otras normas, de los artículos 4 y 19 del Estatuto de los Trabajadores, de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y de la normativa de protección de la integridad física y moral de las personas trabajadoras.

En consecuencia, la empresa no puede exigir la reincorporación al trabajo antes de la emisión del alta médica ni cuestionar de manera arbitraria la veracidad de la situación de incapacidad temporal.

Tampoco resultan admisibles prácticas como la realización de llamadas reiteradas e injustificadas, requerimientos constantes para conocer detalles médicos, amenazas sobre las consecuencias de la baja o cualquier conducta que pueda provocar un deterioro adicional de la salud de la persona trabajadora.

Cuando existan conductas empresariales abusivas o situaciones de presión indebida, resulta aconsejable poner los hechos en conocimiento de la representación sindical y, en su caso, de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

9.4. Compatibilidades e incompatibilidades

Uno de los aspectos que genera más dudas durante la incapacidad temporal es determinar qué actividades pueden realizarse y cuáles pueden resultar incompatibles con la situación de baja médica.

La baja médica no obliga necesariamente a permanecer en el domicilio ni impide realizar cualquier actividad. Lo determinante es que las actividades desarrolladas sean compatibles con el proceso de recuperación y no contradigan las limitaciones que justifican la incapacidad temporal.

Por ello, pueden existir actividades personales, familiares, formativas, culturales o de ocio perfectamente compatibles con la situación de baja cuando no perjudiquen la recuperación ni evidencien una capacidad laboral incompatible con la existencia de la incapacidad temporal.

Sin embargo, puede existir incompatibilidad cuando la persona trabajadora realiza actividades que dificultan o retrasan su recuperación o cuando desarrolla trabajos remunerados incompatibles con las limitaciones médicas existentes.

El artículo 175 de la LGSS contempla incluso la posibilidad de suspensión o extinción de la prestación cuando la persona beneficiaria actúe fraudulentamente para obtener o conservar el subsidio o rechace injustificadamente tratamientos o actuaciones médicas encaminadas a la recuperación.

La valoración debe realizarse siempre atendiendo a las circunstancias concretas de cada caso. No resulta equivalente una persona de baja por ansiedad que realiza determinadas actividades sociales recomendadas terapéuticamente que una persona de baja por una lesión física que desarrolla actividades incompatibles con las limitaciones reconocidas.

Ante cualquier duda, resulta aconsejable consultar previamente con el personal médico responsable del proceso.

9.5. Desplazamientos, vacaciones y otras situaciones habituales

La incapacidad temporal no impide automáticamente viajar, desplazarse o permanecer temporalmente fuera del domicilio habitual. No obstante, estas situaciones deben analizarse con prudencia y teniendo en cuenta las obligaciones derivadas del proceso de baja.

La persona trabajadora debe permanecer localizable para acudir a citas médicas, controles, reconocimientos o requerimientos realizados por el Servicio Público de Salud, la mutua o el INSS. La incomparecencia injustificada a dichas citaciones tiene importantes consecuencias, incluidas la suspensión cautelar o la extinción de la prestación.

Por este motivo, cuando se prevea una estancia prolongada fuera del domicilio habitual resulta recomendable informar previamente al médico responsable del proceso y asegurarse de que el desplazamiento no interferirá en la asistencia sanitaria programada.

En relación con las vacaciones, conviene recordar que la situación de incapacidad temporal y las vacaciones tienen finalidades distintas e incompatibles. Por ello, cuando una persona trabajadora inicia una baja médica antes o durante el período vacacional, el disfrute de las vacaciones queda interrumpido o suspendido y podrá realizarse en una fecha posterior una vez finalizada la incapacidad temporal, incluso aunque haya terminado el año natural al que correspondían, en los términos previstos en el artículo 38.3 del Estatuto de los Trabajadores. De este modo, la baja médica no puede suponer la pérdida del derecho a las vacaciones anuales retribuidas.

También son frecuentes las dudas sobre desplazamientos al extranjero. Aunque no existe una prohibición general, estos viajes deben ser compatibles con el tratamiento médico y con las obligaciones de control. Cuando existan citaciones previstas o tratamientos en curso, resulta especialmente aconsejable comunicar previamente la situación y conservar toda la documentación acreditativa.

En definitiva, la regla general durante la incapacidad temporal es sencilla: cualquier actuación será admisible siempre que no perjudique la recuperación, no sea incompatible con las limitaciones médicas existentes y permita cumplir adecuadamente los deberes de colaboración con las entidades encargadas del control y seguimiento del proceso.

CAPÍTULO 10. Incapacidad Temporal, salud mental y riesgos psicosociales

La salud mental se ha convertido en uno de los principales retos de la salud laboral en las últimas décadas. Las transformaciones en la organización del trabajo, el incremento de las exigencias productivas, la intensificación de los ritmos de trabajo, la creciente precariedad en determinados sectores y la expansión de nuevas formas de empleo han contribuido a que los riesgos psicosociales adquieran una importancia cada vez mayor en los centros de trabajo.

La evidencia científica demuestra que factores como el estrés crónico, la sobrecarga de trabajo, la falta de autonomía, la inseguridad laboral, los conflictos interpersonales, el acoso o la violencia en el trabajo pueden provocar importantes daños sobre la salud física y psicológica de las personas trabajadoras. Estos daños pueden manifestarse a través de cuadros de ansiedad, depresión, trastornos adaptativos, agotamiento emocional, alteraciones del sueño o enfermedades cardiovasculares, entre otros problemas de salud.

La **Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)**, obliga a las empresas a garantizar la seguridad y salud de las personas trabajadoras en todos los aspectos relacionados con el trabajo, incluyendo necesariamente los riesgos de carácter psicosocial. Por ello, la gestión preventiva de estos riesgos constituye una obligación empresarial y un elemento esencial para reducir tanto la incidencia de los daños sobre la salud como el número de procesos de incapacidad temporal asociados a ellos.

10.1. El aumento de las bajas por salud mental

Durante los últimos años se ha producido un significativo incremento de los procesos de incapacidad temporal asociados a problemas de salud mental. Los trastornos de ansiedad, los episodios depresivos, los trastornos adaptativos y otras patologías relacionadas con el malestar psicológico representan una proporción cada vez más importante de las bajas laborales registradas en España.

Este fenómeno no puede interpretarse únicamente desde una perspectiva sanitaria individual. En muchos casos, detrás de estas situaciones se encuentran factores organizativos, sociales y laborales que influyen de manera decisiva en el deterioro de la salud mental de las personas trabajadoras.

La creciente digitalización, la hiperconectividad, la disponibilidad permanente facilitada por las nuevas tecnologías, el aumento de las cargas de trabajo, la presión por los

resultados, la inseguridad laboral o las dificultades para conciliar la vida laboral y personal son algunos de los factores que contribuyen a esta realidad.

Además, determinadas profesiones presentan una exposición especialmente elevada a riesgos psicosociales. Es el caso de sectores como la sanidad, los servicios sociales, la enseñanza, la atención al público, el transporte, la seguridad, las plataformas logísticas o los centros de atención telefónica, donde las exigencias emocionales y cognitivas suelen ser particularmente intensas.

Desde una perspectiva preventiva, el incremento de estas bajas pone de manifiesto la necesidad de abordar la salud mental como una cuestión colectiva y relacionada con las condiciones de trabajo, evitando interpretaciones que sitúen exclusivamente el problema en las características individuales de las personas afectadas. Esta obligación se encuentra recogida en el artículo 14 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, que reconoce el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud. Asimismo, el artículo 4.2.d) del Estatuto de los Trabajadores reconoce el derecho a la integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales, mientras que el artículo 43 de la Constitución Española consagra el derecho a la protección de la salud.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 identifica expresamente los riesgos psicosociales y la salud mental como uno de los ámbitos prioritarios de actuación, impulsando la adopción de medidas preventivas específicas para su evaluación y control.

10.2. Estrés, burnout, violencia y acoso laboral

Los riesgos psicosociales pueden adoptar múltiples formas y generar consecuencias muy diversas sobre la salud de las personas trabajadoras.

El estrés laboral

El estrés laboral aparece cuando las exigencias del trabajo superan de forma continuada los recursos disponibles para afrontarlas. Aunque determinados niveles de tensión pueden formar parte de la actividad laboral normal, su cronificación puede provocar importantes alteraciones físicas y psicológicas.

Entre sus manifestaciones más habituales se encuentran la ansiedad, los problemas de concentración, las dificultades para dormir, la irritabilidad, el agotamiento físico y emocional, los trastornos digestivos o el incremento del riesgo cardiovascular.

La empresa está obligada a identificar y prevenir los factores organizativos que puedan generar niveles excesivos de estrés, de acuerdo con los artículos 14, 15 y 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El síndrome de desgaste profesional o burnout

El denominado síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una situación de agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de realización profesional derivada de una exposición prolongada a elevados niveles de estrés laboral.

La Organización Mundial de la Salud incorporó el burnout a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno asociado específicamente al ámbito laboral.

Aunque actualmente no figura en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado por el Real Decreto 1299/2006, constituye la base de muchos procesos de incapacidad temporal y, en determinados supuestos, plantea controversias sobre la determinación de la contingencia cuando exista una relación directa con las condiciones de trabajo.

Violencia en el trabajo

La violencia laboral comprende aquellas conductas mediante las cuales una persona es objeto de agresiones, amenazas, insultos, intimidaciones o comportamientos violentos en el marco de la actividad laboral.

Estas conductas pueden proceder de superiores jerárquicos, compañeros de trabajo, usuarios, clientes, pacientes o terceras personas relacionadas con la actividad profesional.

La LPRL obliga a las empresas a adoptar medidas preventivas frente a estos riesgos, especialmente en aquellos sectores donde la exposición a situaciones conflictivas resulta más frecuente.

Acoso laboral

El acoso laboral constituye una de las formas más graves de violencia psicológica en el trabajo.

Se caracteriza por la realización de conductas reiteradas y sistemáticas dirigidas a humillar, aislar, desacreditar o degradar profesionalmente a una persona trabajadora.

Las situaciones de acoso pueden provocar graves daños a la salud mental y física de las personas afectadas, dando lugar a procesos de incapacidad temporal de considerable duración.

La empresa tiene la obligación de prevenir estas conductas, investigar las denuncias que se formulen y adoptar medidas eficaces para poner fin a las situaciones de acoso, de conformidad con el **artículo 4.2.e) del Estatuto de los Trabajadores**, que reconoce el derecho al respeto de la intimidad y a la consideración debida a la dignidad de la persona, y el **artículo 48 de la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, que obliga a las empresas a promover condiciones de trabajo que eviten el acoso sexual y el acoso por razón de sexo, y por supuesto, la Ley de prevención de Riesgos Laborales.

10.3. La evaluación de riesgos psicosociales como herramienta preventiva

La prevención de los daños relacionados con la salud mental exige actuar sobre las causas que los generan. Por ello, la evaluación de riesgos psicosociales constituye una herramienta fundamental para identificar, valorar y controlar los factores organizativos que pueden afectar negativamente a la salud de las personas trabajadoras.

La obligación de evaluar los riesgos laborales deriva de los artículos 14, 15 y 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, sin que exista ninguna exclusión respecto de los riesgos de carácter psicosocial.

Por tanto, las empresas deben evaluar factores como:

- Las cargas de trabajo.
- Los ritmos de producción.
- La autonomía en el trabajo.
- La participación en la toma de decisiones.
- La claridad de funciones.
- El apoyo social disponible.
- Los horarios y turnos.
- Las exigencias emocionales.
- La existencia de conflictos o situaciones de violencia.

La evaluación no puede limitarse a un análisis formal o documental. Debe permitir identificar riesgos reales y adoptar medidas preventivas eficaces cuando se detecten situaciones problemáticas.

Asimismo, la participación de la representación legal de las personas trabajadoras resulta esencial tanto en el diseño como en la interpretación de los resultados de estas evaluaciones.

La Inspección de Trabajo y Seguridad Social ha señalado reiteradamente la necesidad de abordar adecuadamente los riesgos psicosociales dentro de la actividad preventiva empresarial, pudiendo exigir responsabilidades cuando la evaluación sea inexistente, insuficiente o meramente formal.

Desde la perspectiva sindical, la evaluación de riesgos psicosociales constituye además un instrumento fundamental para visibilizar problemas organizativos que frecuentemente permanecen ocultos y que pueden encontrarse en el origen de numerosos procesos de incapacidad temporal.

En este sentido, UGT viene reclamando una actualización de la normativa preventiva que refuerce la protección frente a los riesgos psicosociales y adapte la Ley de Prevención de Riesgos Laborales a las nuevas realidades del trabajo, incorporando de manera más expresa la salud mental como un elemento central de la acción preventiva.

10.4. Actuación sindical ante estos procesos

La intervención sindical desempeña un papel esencial en la prevención, detección y gestión de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo.

En primer lugar, la representación legal de las personas trabajadoras debe impulsar la evaluación de los riesgos psicosociales y exigir que las empresas adopten medidas preventivas eficaces cuando se detecten situaciones de riesgo.

La actuación sindical también resulta fundamental para identificar problemas organizativos que afectan colectivamente a las plantillas, evitando que situaciones estructurales sean tratadas como problemas individuales de las personas trabajadoras afectadas.

Cuando se producen procesos de incapacidad temporal relacionados con la salud mental, la organización sindical puede proporcionar información, asesoramiento y acompañamiento durante las distintas fases del procedimiento, especialmente en aquellos casos en los que existan dudas sobre el posible origen laboral del proceso.

Asimismo, los delegados y delegadas de prevención pueden desempeñar una función relevante en la recopilación de información sobre las condiciones de trabajo existentes, la identificación de factores de riesgo y la promoción de medidas correctoras.

En los supuestos de acoso laboral, violencia en el trabajo o exposición prolongada a riesgos psicosociales, la actuación sindical puede contribuir a activar los protocolos internos de intervención, promover la actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y apoyar a la persona afectada en la defensa de sus derechos.

Finalmente, la acción sindical también debe orientarse a impulsar políticas preventivas más ambiciosas, que sitúen la salud mental en el centro de la gestión preventiva y que permitan abordar las causas organizativas que, en muchas ocasiones, se encuentran detrás de los trastornos psicológicos relacionados con el trabajo.

Normativa de referencia

- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal durante los primeros 365 días de su duración.
- Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en relación con las actuaciones preventivas vinculadas a las contingencias profesionales.
- Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social.
- Orden ISM/903/2020, de 24 de septiembre, sobre notificaciones y comunicaciones electrónicas en el ámbito de la Seguridad Social.
- Ley 36/2011, Reguladora de la Jurisdicción Social.
- Real Decreto 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.
- Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Estatuto de los Trabajadores
- Real Decreto 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.
- Real Decreto 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.
- Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.



Dirección

C/ Gamazo, 13 - 47004 Valladolid



Teléfono

~~983 329 008~~



Web

www.ugtcyl.es

www.saludlaboral.ugtcyl.es



Canal WhatsApp

UGT Castilla y León



@UGTCyL

UGT 
Castilla y León

NOS
IMPULSA



Junta de
Castilla y León

Acción de PRL, conforme a la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de PRL