



Universidad
de La Laguna
Facultad de Derecho



Grado en: Relaciones laborales
Facultad de Derecho
Universidad de La Laguna
Curso / cuarto curso
Convocatoria: de julio

[TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO] Las mutuas y la gestión de la incapacidad temporal durante sus primeros 365 días.
[Título en inglés] Mutual and management of temporary disability during their first 365 days

Realizado por el alumno/a Doña Selene Estefanía Plasencia Afonso

Tutorizado por el Profesor/a Don Juan Miguel Díaz Rodríguez

Departamento: Departamento de Derecho del Trabajo

Área de conocimiento: Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

ABSTRACT

The work is focused on the temporary disability and how it is managed in the first 365 days of his life. To speak of temporary disability must speak of mutual accident and occupational diseases social security and national health system. They are responsible for managing it as they see appropriate depending on the origin of contingency, under the supervision of the INSS.

I have centred on all the aspects that have that they have to see with the IT. From the moment in IT's situation originates, up to the presentations that derive from the same one, which they change depending on the origin of the contingency that gives place the disability. Beside comparing the previous legislation with the current one, explaining the improvements that one has introduced with the RD 625/2014.

RESUMEN (entre 150 y 350 palabras)

El trabajo está centrado en la incapacidad temporal y como se gestiona en los primeros 365 días de su duración. Para poder hablar de la incapacidad temporal debemos hablar de mutuas de accidente de trabajo y enfermedades

profesionales de la seguridad social y del sistema nacional de salud. Los mismos son los encargados de gestionarla según les corresponda dependiendo del origen de la contingencia, bajo la supervisión del INSS.

Me he centrado en todos los aspectos que tienen que ver con la IT. Desde el momento en se origina la situación de IT, hasta las prestaciones que derivan de la misma, que varían en función del origen de la contingencia que da lugar la incapacidad. Además de comparar la legislación anterior con la actual, explicando las mejoras que se ha introducido con el RD 625/2014.

Contenido

Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.....	2
Incapacidad Temporal Concepto	4
Ámbito de aplicación del Real Decreto 625/2014.	5
Declaraciones de Bajas y Altas médicas.....	5
¿Quién emite el parte de baja?.....	5
Duración de las bajas y confirmaciones de la baja	6
Informes complementarios y de control	9
Determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal.	10
Declaraciones de Alta.....	11
Transcurso de los 365 días de baja	13
Prestación económica por IT.....	17
Prestación de servicios sanitarios y de recuperación de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.	20
Comparación con la Legislación Anterior.....	25
Conclusión.....	28
Bibliografía	29
Legislación.....	30

Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, es una entidad colaboradora de la Seguridad Social. Su función principal es gestionar las contingencias profesionales: los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Según la Ley 35/2014, las mutuas son asociaciones privadas de empresarios. Se constituyen con la autorización del ministerio de Empleo y Seguridad Social y la inscripción en el registro dependiente de este ministerio. La finalidad de las mutuas es la colaboración en la gestión de la Seguridad Social, no tienen ánimo de lucro. Sus asociados asumen una responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecido en la Ley. Una vez constituidas las mutuas adquieren personalidad jurídica y capacidad de obrar. Su ámbito de actuación abarca todo el territorio del Estado.

Las mutuas mediante su colaboración con el ministerio de Empleo y Seguridad Social, persiguen la consecución de los objetivos establecidos en el *art. 68.2 de la Ley 35/2014*.

Art. 68.2 de la Ley 35/2014

Es objeto de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social el desarrollo, mediante la colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, de las siguientes actividades de la Seguridad Social:

- a) La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora.*
- b) La gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.*
- c) La gestión de las prestaciones por riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.*
- d) La gestión de las prestaciones económicas por cese en la actividad de los trabajadores por cuenta propia, en los términos establecidos en la Ley 32/2010, de 5 de*

agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos.

e) La gestión de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

f) Las demás actividades de la Seguridad Social que les sean atribuidas legalmente

Para la constitución de una mutua colaborada con la Seguridad Social, se exigen los siguientes requisitos:

- Que se asociación un mínimo de cincuenta empresarios. Los cuales cuenten con un mínimo de treinta mil trabajadores y un volumen de cotización por contingencias profesionales de 20 millones de euros.
- Que la actividad de la mutua se límite a lo establecido en art. 68 de la Ley 35/2014.
- Que dispongan de una fianza, en la cuantía que se establece en la citada Ley. Para que se garantice el cumplimiento de sus obligaciones.
- Que el ministerio de Empleo y Seguridad Social autorice la creación de la mutua.

Los Órganos de Gobierno de las Mutuas son:

- La Junta General es el órgano superior de gobierno de la entidad y está integrada por todos los empresarios asociados.
- La Junta Directiva es elegida por la Junta General, tiene a su cargo el gobierno directo de la entidad. Está compuesta por 20 miembros como máximo. Tiene que formar parte de la misma un representante de los trabajadores al servicio de la entidad.

Órganos de Participación de las Mutuas:

- La Comisión de Control y Seguimiento es el órgano que intenta trasladar la participación institucional al control y seguimiento de la gestión de cada mutua. Está compuesta por representantes de los empresarios asociados y de los trabajadores protegidos.

- La Comisión de Prestaciones Especiales es el órgano de participación de los trabajadores protegidos en la mutua en la dispensación de los beneficios de la asistencia social que otorga. La comisión está compuesta por representantes de los empresarios y de los trabajadores.

Además del control interno por los órganos de la mutua, su funcionamiento está sometido a la dirección y tutela del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Ese control se ejerce a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social concretamente desde Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. La Dirección General se encarga del seguimiento en el orden económico y presupuestario de las mutuas, además de coordinar y tutelar la gestión de las mismas. Sin perjuicio de de lo anterior, la actuación de la mutua está también sujeta a controles externos:

- Control financiero a través de la Intervención General de la Seguridad Social.
- Control del cumplimiento de la normativa de Seguridad Social, a través de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
- Control del cumplimiento de la normativa en materia de Sanidad, a través de las Inspecciones de Servicios Sanitarios correspondientes.

Incapacidad Temporal Concepto

La incapacidad temporal está recogida en el *art. 128 de la LGSS*. Es la situación en la que se encuentra el trabajador cuando padece una enfermedad o sufre un accidente. El trabajador se encuentra imposibilitado temporalmente para trabajar y recibiendo asistencia sanitaria. También se incluyen los períodos de observación por enfermedad profesional en los que el trabajador se encuentre de baja.

Serán beneficiarios los trabajadores afiliados y en alta. Cuando se trate de una contingencia común, se exigirá un periodo de cotización de 180 días en los 5 años anteriores a la fecha de la baja. En caso de contingencias profesionales no se exigirá periodo previo de cotización.

La prestación económica por incapacidad temporal cubre la falta de ingresos debida imposibilidad de trabajar. Dicha imposibilidad es temporal y debida a un accidente o una enfermedad.

Ámbito de aplicación del Real Decreto 625/2014.

El Real Decreto regula determinados aspectos de la gestión y control de la incapacidad temporal, en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. Este Real Decreto sustituye al anterior RD 575/1997, como se verá más adelante la nueva normativa trajo consigo mejoras. Por ejemplo establecer una nueva forma de expedición de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta.

Esta norma es de aplicación a todos los procesos de incapacidad temporal, independientemente del origen su contingencia, profesional o común, que tengan una duración de 365 días. Quedan excluidos de este Real Decreto las Fuerzas armadas, los Funcionarios Civiles de la Administración del Estado y el personal al servicio de las Administraciones de Justicia.

Declaraciones de Bajas y Altas médicas.

La Seguridad Social regula un sistema de protección en caso de que el trabajador padezca un proceso de incapacidad temporal. Dicho proceso empieza con la emisión del parte de baja. El médico del servicio público de salud o mutua que haya efectuado el reconocimiento del trabajador, emitirá el parte de baja.

¿Quién emite el parte de baja?

La incapacidad puede tener dos orígenes contingencias comunes o contingencias profesionales, en cada caso el encargado de emitir el parte será diferente.

Contingencias profesionales: cuando se trata de un accidente laboral o una enfermedad profesional. La enfermedad profesional es la que se contrae a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades específicas recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales. Tiene que estar provocada por los elementos o sustancias que se indican en dicho cuadro. En estos casos los partes de baja y alta los emitirá la mutua asociada a la empresa en la cual el trabajador presta servicios. Si no se contara con una mutua el parte será emitido por el médico del servicio público de salud.

Contingencias comunes: cuando se trata de una enfermedad común. El encargado de emitir el parte será el facultativo del servicio público de salud.

El trabajador puede acudir primero a la mutua. Si al examinarlo el facultativo considera que el origen de la patología es común, lo remitirá al servicio público de salud. En casos de urgencia o riesgo vital, el facultativo de la mutua tendrá que proporcionarle la asistencia necesaria.

Todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador. Dicho reconocimiento permitirá la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual. El médico requerirá al trabajador los datos que considere necesarios para determinar la patología que este padece.

Aclarado el origen de la contingencia, la entidad facultada para emitir el parte de baja lo remitirá por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad social. Tendrá que hacerlo en el plazo establecido en el *art. 7.1 RD 625/20014*. Además de los datos obligatorios del parte de baja relativos a la fecha de la baja, a la contingencia causante, al código de diagnóstico, al código nacional de ocupación del trabajador y a la duración estimada del proceso, se añadirá la aclaración de si se trata de una recaída. La recaída es la emisión de una nueva baja médica por la misma o similar patología por la cual se había dado el alta durante los ciento ochenta días naturales anteriores. En este caso la fecha de la baja, será la del proceso inicial del que se deriva la recaída. Los médicos del Instituto Nacional de Seguridad Social serán los únicos competentes para emitir una nueva baja médica.

Con el objetivo de que haya un mayor respaldo técnico en las actuaciones médicas. Los médicos encargados de atender estas contingencias dispondrán de tablas de duración óptima de los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades. También se les proporcionarán tablas sobre el grado de incidencia de aquellos procesos en las distintas actividades laborales.

Duración de las bajas y confirmaciones de la baja.

El facultativo encargado de expedir los partes médicos de baja, confirmación y alta tendrá que entregar al trabajador dos copias del mismo. Una copia para el interesado y otra que el trabajador entregará a la empresa. Para ello tendrá un plazo de tres días, contados a partir del día de la expedición del parte médico de baja o de confirmación de la misma. En el caso que durante la baja médica, al trabajador, se le finalice el contrato presentará los partes ante la entidad gestora o la mutua. Dentro del mismo plazo mencionado anteriormente.

El servicio público de salud o la mutua, remitirán los partes médicos de baja, confirmación y alta, al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Por vía telemática, de manera inmediata o en todo caso, el primer día hábil siguiente al de su expedición.

Las empresas también tienen la obligación de remitir los partes al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Lo harán con carácter inmediato y en todo caso en el plazo máximo de tres días hábiles, contados a partir de la recepción del parte. Lo remitirán a través del sistema de **Remisión Electrónica de Datos (RED)**. Son los partes presentados por los trabajadores, cumplimentados con los datos que correspondan a la empresa.

El incumplimiento de esta obligación podrá constituir, una infracción de las tipificadas en el *artículo 21.6* del texto refundido de la *Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social*, aprobado por el *Real Decreto Legislativo 5/2000*.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social dará el trámite que corresponda a los partes médicos. Mediante los medios informáticos establecidos en el *art. 2.5 RD 625/2014* los distribuirá y reenviará de manera inmediata, o en el primer día hábil siguiente al de su recepción. Los partes se enviarán al Instituto Social de la Marina y a las mutuas, según a quien corresponda la gestión del proceso. El Instituto Nacional de la Seguridad Social facilitará a la Tesorería General de la Seguridad Social, cuando sea necesario los datos de los trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad temporal con o sin derecho a prestación económica. Esto se hará durante cada período de liquidación de cuotas.

Los partes de baja y de confirmación de la baja se expedirán en función del periodo que estime el facultativo. Teniendo en cuenta esto nos encontramos con 4 grupos de procesos:

- Procesos de duración estimada inferior a **5 días naturales**: el facultativo correspondiente, emitirá el parte de baja y alta en mismo acto médico. Cuando el facultativo prevea que el trabajador va recuperar su capacidad laboral, fijara en el parte la fecha de alta. Podrá ser la misma que la fecha de la baja o cualquiera de los tres días naturales siguientes. El trabajador podrá solicitar que se le realice un reconocimiento médico el día del alta. Sí el facultativo considera tras el

reconocimiento, que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral emitirá un parte de confirmación de la baja.

- Procesos de duración estimada entre **5 y 30 días naturales**: el facultativo correspondiente emitirá el parte de baja estableciendo en el mismo la fecha de la revisión médica, que no podrá exceder en más de siete días naturales la fecha de baja inicial. En dicha fecha se extenderá el parte de alta o, en caso de que el trabajador no haya recuperado su capacidad laboral, el parte de confirmación. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos se emitirán con una diferencia de máxima de catorce días naturales entre sí.
- Procesos de duración estimada de entre **31 y 60 días naturales**: el facultativo del servicio público de salud o de la mutua, emitirá el parte de baja fijando en el mismo la fecha de la revisión médica. Que no podrá exceder en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial. Tras la revisión se emite el parte de alta o en su caso el de confirmación. Después del primer parte de confirmación, los siguientes no podrán emitirse con una diferencia de más de veintiocho días naturales entre sí.
- Procesos de duración estimada **de 61 o más días naturales**: el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja en el que fijará la fecha de la revisión médica. La cual en ningún caso excederá en más de catorce días naturales a la fecha de baja inicial. Tras la misma se expedirá el parte de alta o de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos no podrán emitirse con una diferencia de más de treinta y cinco días naturales entre sí.

A modo de resumen, la información queda esquematizada en esta tabla:

Duración del proceso (días)	Expedición del parte de confirmación	Expedición de los sucesivos partes de confirmación
1-4	Se expedirá el parte de alta con el parte de baja	No hay partes sucesivos
5-30	7 días	Como máximo cada 14 días
31-60	7 días	Como máximo cada 28 días
Más de 61	7 días	Como máximo cada 35 días

Cuadro obtenido de la GUIA de UGT Incapacidad Temporal Política Social CEC Sanidad.

Siempre que se produzca una modificación o una actualización en el diagnóstico, se emitirá un parte de confirmación. Que recogerá la duración estimada por el médico que lo emite. Los siguientes partes de confirmación se emitirán en función de la nueva ¹duración estimada. El facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, expedirá el parte de alta cuando crea que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral.²

Informes complementarios y de control

Cuando la gestión del proceso de IT corresponde al servicio público de salud y este prevé que el proceso tendrá una duración superior a treinta días naturales. El segundo parte de confirmación se acompañará de un informe médico complementario, emitido por el mismo médico que realizó el parte anterior. En el informe se plasmarán las dolencias que padece el trabajador, el tratamiento al que se esté sometiendo, las pruebas médicas realizadas y como inciden dichas dolencias en su capacidad laboral.

Transcurridos tres meses desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica del servicio público de salud o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, emitirá un informe de control de la incapacidad. En dicho informe se pronunciará expresamente sobre todos datos que justifiquen medicamente, la necesidad de mantener al trabajador en situación de incapacidad temporal. Los datos médicos mencionados incluirán todos los informes y pruebas, así como sus respectivas actualizaciones.

Los inspectores médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, al Instituto Social de la Marina y los facultativos de las mutuas respecto de los procesos por contingencias comunes. Que correspondan a trabajadores protegidos por las mismas, tendrán acceso a todos los informes y pruebas médicas, y a sus respectivas actualizaciones. Con el fin de que puedan desarrollar adecuadamente sus funciones.

Pero serán exclusivamente los inspectores médicos del servicio público de salud y los inspectores médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto social de la Marina, los que tendrán acceso por vía telemática a la documentación clínica de atención primaria y especializada. Conforme con lo establecido en

¹ Cuadro obtenido de la GUIA de UGT Incapacidad Temporal Política Social CEC Sanidad.

la *disposición adicional cuadragésima del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994.*

Determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal.

Podemos encontrarnos con casos en los que el facultativo que atiende al trabajador, considere que la contingencia causante de la baja no es la correcta. Por lo tanto hay que corregirla. Cuando se da el caso el servicio público de salud o la mutua que haya emitido el parte de baja, solicitara motivadamente al Instituto Nacional de la Seguridad Social la revisión de la consideración del origen de la contingencia. Se hará mediante el procedimiento regulado en el *artículo 6 del 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.

En el caso que el trabajador en primer lugar acuda a la mutua, el facultativo que le asista tras reconocimiento médico y la realización de las pruebas correspondientes, podrá considerar que la patología es de carácter común. Tendrá que remitir al trabajador al servicio público de salud para su tratamiento, sin perjuicio de dispensarle la asistencia precisa en los casos de urgencia o de riesgo vital.

Tras el procedimiento anterior el trabajador acudirá al servicio público de salud. Sí el médico de este emite parte de baja por contingencia común, el beneficiario podrá formular una reclamación si no está de acuerdo con la consideración de la contingencia. Dicha reclamación se formulara ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social. El mismo resolverá aplicando el procedimiento regulado en el *artículo 6 del Real Decreto 1430/2009*.

Sí el facultativo del servicio público que emite el parte baja discrepa con la consideración de la contingencia que otorgó la mutua. Formulará una alegación en los términos establecidos en el *art. 6 del RD 1430/2009*. Esto no impedirá que el parte médico produzca plenos efectos. La resolución establecerá el carácter de la

contingencia, el sujeto obligado al pago de las prestaciones derivadas de la misma y la prestación sanitaria, si fuera necesaria.

Declaraciones de Alta

El parte médico de alta de incapacidad temporal independientemente del origen de la contingencia determinante, se expide después del reconocimiento médico del trabajador. Lo expedirá el facultativo que realice dicho reconocimiento.

Para la emisión del parte hay un modelo, que figura como *anexo I de la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio*. La emisión del parte de alta supone la extinción de la situación de incapacidad temporal y del subsidio, sí lo hubiera. Dicha extinción se produce el mismo día en que es expedido. Se seguirá recibiendo la asistencia sanitaria que se aconseje a su estado.

La emisión del parte de alta médica determina la obligación del trabajador a reincorporarse a su puesto el mismo día en que produzca efectos.

Tramitación de los partes según la contingencia.

Contingencias comunes

Los partes de alta médica cuando el proceso derive de una contingencia común se emitirán, tras el reconocimiento del trabajador. El facultativo del servicio público de salud, los inspectores médicos del servicio público de salud, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, serán los que emitan el parte. Dicho parte deberá contener la causa del alta médica, el código diagnóstico definitivo y la fecha en que comenzó la baja.

En los casos en los que el trabajador tenga cubiertas las contingencias comunes por una mutua. Se le tendrá que comunicar a la misma en la forma y plazo establecidos en el *art. 2.5 del Real Decreto 625/2014*. Debiendo las mutuas comunicar a la empresa la extinción del derecho, su causa y la fecha de efecto de la misma.

Art. 2.5 RD 625/2014

“El Instituto Nacional de la Seguridad Social transmitirá al Instituto Social de la Marina y a las mutuas, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes de baja y de confirmación de la baja por contingencia común relativos a los trabajadores respecto de los que gestionen la incapacidad temporal cada una de ellas. Los partes médicos de incapacidad

temporal se confeccionarán con arreglo a un modelo que permita su gestión informatizada, en el que figurará un código identificativo del centro de salud emisor de aquellos”

Contingencias Profesionales

En los procesos que se origina por contingencias profesionales, el parte médico de alta se emitirá por el facultativo o inspector médico del servicio público de salud, por el inspector médico adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina y si el trabajador está protegido con una entidad gestora por el médico dependiente de la mutua. Cuando el facultativo correspondiente expide el último parte médico de confirmación antes del plazo de trescientos sesenta y cinco días naturales, tiene que comunicarle al interesado. Que una vez agotado el plazo mencionado el control del proceso pasa a la competencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Instituto Social de la Marina. Los mismos se harán cargo del proceso en los términos previstos en el *artículo 170.2. a), de la Ley General de la Seguridad Social*.

Agotado el plazo de trescientos sesenta y cinco días naturales tanto el servicio público de salud como la mutua dejarán de emitir partes de confirmación.

Art. 170.2. a) párrafo primero y segundo LGSS: “Agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días indicado en el apartado anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal producida, por la misma o similar patología, en los ciento ochenta días naturales posteriores a la citada alta médica”

El servicio público de salud comunicará al Instituto Nacional de la Seguridad Social el agotamiento de los trescientos sesenta y cinco días naturales en situación de

incapacidad temporal inmediatamente y si no fuera posible, en el primer día hábil siguiente.

Una vez el Instituto Nacional de la Seguridad Social acuerde el alta médica. El interesado puede manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud, en un plazo cuatro días naturales. Sí el Instituto Nacional de la Seguridad Social discrepa con el criterio de la entidad gestora (mutua). Le propondrá a la misma la reconsideración de su decisión especificando las razones y fundamento de su discrepancia, en el plazo máximo de 7 días naturales.

Transcurso de los 365 días de baja

El derecho a la prestación económica por IT, tiene dos orígenes. En caso de que derive de contingencias comunes, el derecho nace al cuarto día de la baja en el trabajo. Y si deriva de contingencias profesionales, el derecho nace al día siguiente al de la baja en el trabajo. Quedando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja, ya que dicho día el trabajador se encontraba realizando su trabajo. Esto queda reflejado en el *art. 173 LGSS*.

Artículo 173.- LGSS:

1. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el subsidio se abonará desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.

En caso de enfermedad común o de accidente no laboral, el subsidio se abonará a partir del cuarto día de baja en el trabajo, si bien desde el día cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive, el subsidio estará a cargo del empresario.

2. El subsidio se abonará mientras el beneficiario se encuentre en situación de incapacidad temporal, conforme a lo establecido en el artículo 169.

3. Durante las situaciones de huelga y cierre patronal el trabajador no tendrá derecho a la prestación económica por incapacidad temporal.

Duración

El subsidio se abonará mientras el beneficiario se encuentre en situación de IT. Su duración variara en función de la situación de IT:

- En caso de accidente o enfermedad, sin importar el origen de la contingencia, la duración será de 365 días. Prorrogables por otros 180 días cuando se prevea que en ese periodo, se le puede dar médica por curación al trabajador.
 - En los casos de enfermedad profesional, los períodos de observación tendrán una duración de seis meses. Serán prorrogables por otros seis, cuando se crea necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.
- A efectos del período máximo de duración y de su posible prórroga, se computarán los periodos de recaída y de observación.

Competencia para el reconocimiento de la prórroga

El reconocimiento de la prórroga de IT por contingencias comunes, una vez transcurridos los 365 días, será competencia exclusiva del Instituto Nacional de la Seguridad Social o en su caso, del Instituto Social de la Marina.

En el caso del reconocimiento de la prórroga por contingencias profesionales, transcurridos los 365 días, será competencia exclusiva del Instituto Nacional de la Seguridad Social, salvo en los supuestos en los que la cobertura le corresponda a una Mutua. En cuyo caso se aplicará lo previsto en la *Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social del 16 de enero de 2006*. La mutua colaboradora con la Seguridad Social emitirá una propuesta y el INSS tendrá que pronunciarse al respecto antes de 5 días. Si en este plazo no se manifiesta se entiende como aceptada la propuesta de la mutua.

Duración de la prórroga

La duración de la prórroga la determinará el EVI (Equipo de valoración de Incapacidades). Durará el tiempo en que este estime que se puede producir una curación, con un plazo máximo de 180 días. Si el EVI considera que el plazo de curación previsto supera los 180 días, no concederá la prórroga. Entonces se dará lugar a la iniciación del expediente de incapacidad permanente, aún cuando las secuelas invalidantes no sean definitivas.

Durante el periodo de prórroga, el trabajador estará controlado médicamente por INSS. Esto control da lugar a que se puedan tomar las siguientes decisiones:

- Que se dé el alta médica al trabajador. Tras practicarle un nuevo reconocimiento médico se le puede dar de alta a propuesta del EVI. El INSS dictará una resolución declarando el alta médica del trabajador, esto supondrá la extinción de la IT.
- Que se puede continuar la prórroga hasta su periodo máximo de 180 días, dando esto lugar al inicio de un expediente de incapacidad permanente.

Pérdida o suspensión del derecho

El derecho a la prestación puede ser denegado, anulado o suspendido.

El *art. 175 LGSS*, recoge los motivos:

- Actuación fraudulenta del beneficiario para obtener o conservar el subsidio.
- Trabajar por cuenta propia o ajena.
- Rechazar o abandonar el tratamiento sin causa razonable.
- La incomparecencia del beneficiario a cualquiera de las convocatorias realizadas por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social y a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social para examen y reconocimiento médico producirá la suspensión cautelar del derecho, al objeto de comprobar si aquella fue o no justificada. Reglamentariamente se regulará el procedimiento de suspensión del derecho y sus efectos.

Extinción del derecho

El derecho al subsidio se extinguirá:

- Por el transcurso del plazo máximo de 545 días naturales desde la baja médica.
- Por alta médica por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual.
- Por ser dado de alta el trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente.
- Por el reconocimiento de la pensión de jubilación.

- Por la incomparecencia injustificada del beneficiario a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.
- Por fallecimiento.

Para determinar la duración del subsidio se computaran los periodos de recaída. Se considera recaída cuando se produce una nueva baja médica por la misma o similar patología, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efecto del alta médica anterior.

El expediente de incapacidad permanente se inicia, antes de que transcurran 545 días naturales de duración del subsidio de IT. Si se deniega el derecho a la incapacidad permanente. El INSS emite dentro de un plazo de 180 días naturales una nueva baja médica por la misma o similar patología y se procede a reanudar el proceso hasta que se cumpla el plazo integro de los 545 días.

Cuando el derecho al subsidio se extingue por el transcurso de 545 días naturales, se examinará el estado del incapacitado en el plazo máximo de 3 meses. El objetivo de ese reconocimiento es clasificar el grado de incapacidad permanente que corresponde al incapacitado. En los casos en los que sea necesario continuar con el tratamiento médico con vistas a una recuperación o mejora del estado del trabajador, se podrá demorar la calificación. Se retrasara por el período que se considere preciso, sin rebasar los 730 días naturales. Para el cómputo de dicho periodo se tendrán en cuenta los periodos de IT y los de prolongación de sus efectos. Durante los períodos, de 3 meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.

En los supuestos en los que transcurran 545 días naturales y se extinga el derecho a la prestación de IT, solo se podrá generar derecho a la prestación por la misma o similar patología transcurrido un periodo superior a 180 días naturales, contados desde que se emite la resolución. Este nuevo derecho se obtendrá siempre que el trabajador reúna en su nueva baja médica los requisitos exigidos para ser beneficiario del subsidio de IT. En relación con lo anterior, para acreditar el período de cotización necesario para el acceso al subsidio de IT serán computables exclusivamente las cotizaciones efectuadas a partir de la resolución de la incapacidad permanente.

Cuando se trate de la misma o similar patología y no hayan transcurrido 180 días naturales desde la denegación de la incapacidad permanente, se podrá iniciar un nuevo proceso de IT. El INSS a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar determinará si el trabajador puede recuperar su capacidad laboral. En caso de que sea así el INSS acordará la baja a efectos de la prestación económica por IT.

Sí el alta médica con propuesta de incapacidad permanente se emite antes de que el proceso alcance los 365 días de duración, extingue la situación de IT. El INSS ejerciendo las competencias previstas en el *art.170 de la LGSS*, puede acordar una prórroga de la situación de IT. En caso que durante dicha prórroga se inicie un expediente de incapacidad permanente, la situación de IT se extinguirá en la fecha de la iniciación de dicho expediente.

Cuando la extinción de la IT se produce por alta médica con propuesta de incapacidad permanente por acuerdo del INSS o por el transcurso de los 545 días naturales. Se le prolongará al trabajador la situación de efectos económicos de la IT hasta que se califique la incapacidad permanente. Los efectos de la incapacidad permanente coincidirán con la fecha de la resolución emitida por la Entidad Gestora encargada de reconocerla. En los casos en que la cuantía de la nueva prestación sea superior a la que recibía el trabajador en concepto de prolongación de IT, se retrotraerán sus efectos al día siguiente al de la extinción de la IT.

En los supuestos de extinción de IT anteriores al transcurso de los 545 días naturales, sin ulterior declaración de incapacidad permanente subsistirá la obligación de cotizar. Si no se ha extinguido la relación laboral o hasta la extinción del citado plazo de 545 días naturales.

Prestación económica por IT

Concepto y Beneficiarios

Como ya he mencionado anteriormente la situación de IT genera el derecho a percibir una prestación económica. Dicha prestación cubre la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador, debido a una enfermedad o un accidente, está imposibilitado temporalmente para trabajar y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad

Social. La prestación consiste en subsidio de cuantía variable en función de la base reguladora y de los porcentajes aplicables a la misma.

Los beneficiarios son las personas integradas en el régimen general, afiliados y en alta o situación asimilada, que se encuentren en situación de incapacidad temporal y reúnan los requisitos necesarios para acceder a la prestación. En los casos en los que el empresario haya incumplido sus obligaciones con el trabajador. Sí la incapacidad temporal deriva de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, los trabajadores se considerarán de pleno derecho afiliados y en alta.

Los requisitos para acceder a la prestación varían en función del origen de la contingencia:

- Contingencias comunes: en estos casos se exige tener cubierto un periodo de cotización de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores.
- Contingencias Profesionales: en estos casos no se exige periodo previo de cotización.

El reconocimiento del derecho a la prestación corresponde al INSS o a la mutua colaboradora con la Seguridad Social que cubra las contingencias profesionales. También puede reconocer este derecho las empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión del régimen general.

El pago de la prestación corre a cargo del INSS, la mutua o de la empresa autorizada para colaborar en la gestión. Aunque el pago corre a cargo de las instituciones ya mencionadas, el abono lo hace la empresa en pago delegado. Las empresas pagan a sus trabajadores la prestación económica por incapacidad temporal, cuando dicho pago le corresponde a la entidad gestora o a la mutua. Posteriormente estos pagos son compensados a la empresa en la liquidación de sus cotizaciones sociales. Los pagos se efectuarán con la misma periodicidad que los salarios.

El incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte de la empresa supondrá una infracción grave, según el *art.22.4 Real Decreto Legislativo 5/2000, de la Ley sobre infracciones y sanciones del orden social*.

- Enfermedad común o accidente no laboral: en estos casos el pago de la prestación corresponde al empresario desde día 4 de la baja hasta el día 15 de la misma, ambos incluidos. En estos días el trabajador no cobra el 100% de la base reguladora, sino un 60%. A partir del día 16 el pago corresponderá al INSS o la mutua. El INSS o la mutua abonara el 60% durante los siguientes 5 días, a partir de esos 5 días se abonara el 75% de la base reguladora.

La empresa puede abonar la cantidad total en régimen de pago delegado.

- Accidentes de trabajo o enfermedad profesional: en este supuesto se abonara la prestación desde el día siguiente al de la baja y correrá a cargo del INSS o la mutua. El día de la baja corre a cargo del empresario, ya que el trabajador se encontraba trabajando. Su cuantía será la del 75% de la base reguladora. Como en el caso anterior la empresa lo puede abonar en régimen de pago delegado.
- Extinción del contrato durante la situación de incapacidad temporal: en los supuestos en los que la IT derive de contingencias comunes, el trabajador percibirá una prestación. La cuantía de la misma será igual a la de la prestación por desempleo. La duración de la prestación se extiende hasta que se extinga la situación de IT. Extinguida la situación de IT, el trabajador pasara a estar en situación legal de desempleo, siempre que reúna los requisitos necesarios para ello. El período que el trabajador permaneció en situación de IT desde la extinción del contrato, se descontara del período de percepción de la prestación por desempleo que le corresponda.

Cuando la IT derive de contingencias profesionales y durante la misma se extinga el contrato de trabajo, el trabajador accede a la misma prestación que en el caso de que derive de contingencias comunes. La diferencia entre un caso y otro, es que en el caso de las contingencias profesionales no se descuenta de la prestación por desempleo el tiempo que hubiera permanecido en situación de incapacidad temporal.

Nos encontramos con supuestos en los que se produce el pago directo de la prestación por parte del INSS o de la mutua, esos supuestos son los siguientes:

- Cuando se trate de entidades y organismos excluidos del pago delegado.
- Por incumplimiento de la obligación patronal del pago delegado.

- Empresas con menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono del subsidio, que lo soliciten reglamentariamente.
- Extinción de la relación laboral estando el trabajador en situación de IT.
- Continuación de la situación de IT tras el cese voluntario en la empresa.
- Continuación de la situación de IT, extinguido el período de percepción de desempleo.
- Alta médica por informe propuesta de perceptores de la prestación por desempleo.
- Cuando se trate de representantes de comercio, profesionales taurinos y artistas. En el caso de estos últimos, cuando la duración del contrato no exceda de 30 días.
- En los supuestos de agotamiento de la IT por el transcurso del plazo máximo, durante la prórroga de efectos de la prestación hasta la calificación de la IP.
- Por pasar a la prórroga de IT después de 12 meses, tras la resolución de la Entidad gestora. Salvo en los casos en que el trabajador al iniciar la IT estuviera percibiendo prestación contributiva por desempleo. En esos casos la prestación la abona el SPEE en régimen de pago delegado hasta el agotamiento del desempleo.
- Por iniciar expediente de IP, tras la resolución de la Entidad gestora.

Prestación de servicios sanitarios y de recuperación de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El RD 1630/2011 regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por parte de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Este Real Decreto persigue optimizar los medios de los que disponen las mutuas para la prestación de la asistencia sanitaria y recuperadora, además mejorar la coordinación con el sistema nacional de salud.

Una manera de optimizar los recursos es que las mutuas colaboren entre ellas. Las mutuas pueden acordar su colaboración para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y de recuperación a su cargo, esto queda reflejado en el *art.7 del RD 1630/2011*. Esos acuerdos de colaboración se comunican a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. El plazo para comunicarlo es de un mes a partir de que se formalice el acuerdo y deberá ir acompañado de una copia del mismo.

Otra manera de optimizar los recursos son los acuerdos de colaboración con las Administraciones Públicas sanitarias para la utilización recíproca de los recursos sanitarios y recuperadores que posea cada uno. Los convenios además del contenido y condiciones de la colaboración, deberán incluir las modalidades de facturación y tarifas aplicables. Las mutuas también pueden colaborar con las entidades gestoras de la Seguridad Social para el desarrollo de competencias que estas entidades tengan atribuidas.

Las principales prestaciones a cargo de las mutuas son las siguientes:

- Asistencia sanitaria cuando se produce un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y las prestaciones recuperadoras correspondientes.
- Prestaciones económicas por IT derivada de contingencias profesionales.
- Prestaciones económicas por incapacidad permanente, muerte y supervivencia derivadas de accidentes de trabajo.
- Servicios sociales de higiene y seguridad en el trabajo.
- Prestaciones económicas por IT derivada de contingencias comunes, si la empresa las tiene cubiertas con una mutua.
- Actividades de prevención como servicios de prevención ajenos a la empresa. Para actuar como servicio de prevención las mutuas deberán disponer de una autorización para ello.

Entre todas las prestaciones y servicios atribuidos a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, adquiere una especial importancia la asistencia sanitaria. Dicha asistencia se dispensa a los trabajadores cuyos empresarios son socios de una mutua y a los trabajadores por cuenta propia adheridos a una mutua. La prestación de actividades sanitarias y recuperadoras se realizara en los términos que establece este Real Decreto.

La asistencia sanitaria contempla todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que sean necesarias: tratamiento médico, prótesis, cirugía reparadora, etc. Se incluyen en la asistencia sanitaria las prestaciones recuperadoras que precise el accidentado. En los casos que sea necesario, se le proporciona al accidentado orientación y formación para la readaptación laboral.

La asistencia sanitaria encomendada a las mutuas se puede hacer efectiva mediante las modalidades recogidas en el *art.1.1 del Real Decreto 1630/2011*.

Art.1.1 RD 1630/2011:

Las prestaciones sanitarias y recuperadoras de la Seguridad Social derivadas de contingencias profesionales, encomendadas a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como la asistencia sanitaria correspondiente a contingencias comunes que sea legalmente autorizada o que pueda realizarse y facturarse de conformidad con la normativa aplicable, se podrán hacer efectivas por aquéllas mediante alguna o algunas de las siguientes modalidades:

a) A través de los recursos sanitarios y recuperadores gestionados por las mutuas, incluidos los de las entidades y centros mancomunados.

b) Por medio de convenios con las Administraciones públicas sanitarias o mediante conciertos con medios privados.

En el caso de que las MATEPSS no dispongan de recursos sanitarios y recuperadores, y no puedan utilizar las instalaciones de otras MATEPSS en las mismas condiciones que ofrezcan los conciertos privados. Podrán prestar dichos servicios mediante concierto con medios privados, ya se trate de personas jurídicas o de personas físicas, siempre que éstos reúnan las condiciones establecidas en los *arts. 11 y 12 del RD 1630/2011*

Art. 11 RD 1630/2011 establece que “tales conciertos, deberán ajustarse a lo dispuesto en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, no podrán suponer la sustitución de la función colaboradora atribuida a las mutuas, en cuyo nombre se prestará la asistencia, ni excluir la posibilidad de que tales conciertos se extiendan a otras mutuas.

La vigencia de dichos conciertos no podrá superar el periodo de dos años cuando la prestación de servicios se realice en centros hospitalarios, o de un año en el resto de los supuestos, y podrán prorrogarse expresamente por igual periodo, por acuerdo de la junta directiva”

Art. 12 RD 1630/2011:

“a) Disponer de medios propios, materiales y personales, para llevar a cabo los servicios objeto del concierto.

b) Contar con la debida autorización de funcionamiento y acreditación de suficiencia y adecuación de medios por parte de la autoridad sanitaria competente de la comunidad autónoma y hallarse inscrito en el registro de entidades sanitarias autorizadas de dicha comunidad autónoma.

c) Hallarse inscrito en el correspondiente registro que se llevará a estos efectos en la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

d) No tener ningún tipo de vinculación o relación comercial, financiera o de cualquier otra clase, con empresas representadas en la junta directiva de la mutua, con el representante de éstas, con el director gerente o cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en la mutua.

e) Acreditar un volumen de facturación por prestaciones satisfechas en los tres años precedentes a la formalización del concierto superior a la facturación estimada por las prestaciones objeto del contrato.”

Para la prestación de asistencia sanitaria mediante contrato con los servicios públicos, la celebración del contrato se hará acorde con lo dispuesto en el *art. 8.1 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del sector público*. Dicho artículo establece lo siguiente *“El contrato de gestión de servicios públicos es aquél en cuya virtud una Administración Pública o una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio cuya prestación ha sido asumida como propia de su competencia por la Administración o Mutua encomendante.*

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales sólo podrán realizar este tipo de contrato respecto a la gestión de la prestación de asistencia sanitaria.”

Las Mutuas asumirán con cargo al presupuesto autorizado el coste de la realización de pruebas diagnósticas, tratamientos y procesos de recuperación. Dichos tratamientos están dirigidos a evitar la prolongación de los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes. Esto se hará conforme con lo establecido en la disposición adicional quincuagésima primera de la Ley General de la Seguridad Social y en los términos y condiciones que establezcan las disposiciones de aplicación y desarrollo.

Existen supuestos en los que se dispensa atención y prestaciones sanitarias a personas que carecen del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (art. 71.5 de la LGSS). La tarifa de precios aplicable a estos supuestos se fijará en función de los criterios recogidos en los *arts. 25 y 26 de la Ley 8/1989, de 13 de abril, de tasas y precios públicos*.

El obligado al pago de las prestaciones y servicios sanitarios será el beneficiario de los mismos. Sí el beneficiario ostenta el derecho a la prestación sanitaria de la Seguridad Social, pero dicha prestación tiene como origen supuestos que impliquen responsabilidad criminal o civil de alguna persona. La MATEPSS hará efectiva la prestación pudiendo reclamar al tercero responsable el pago de la misma. Esto último queda reflejado en el *art. 17.2 RD 1630/2011*.

La tarifa mencionada en los párrafos anteriores también será de aplicación cuando se presten atenciones, prestaciones y servicios sanitarios a favor de personas que ostenten el derecho a la asistencia sanitaria, en los supuestos en que exista un tercero obligado a su pago, según establece el *art 16.2 RD 1630/2011*.

Comparación con la Legislación Anterior

Como mencione al principio el RD 625/2014 sustituye al RD 575/1997. A continuación mencionare las principales novedades que introdujo el RD 625/2014 respecto al Real Decreto anterior.³

Partes de Baja

Con el anterior Real Decreto el parte de baja se expedía al cuarto día de la baja, con el nuevo se emite tras el reconocimiento médico del trabajador. Además en los procesos que tengan una duración de 5 días o menos el parte de baja y de alta se emiten en el mismo acto médico.

Los partes de confirmación de la baja se emitían con una diferencia de 7 días, sin importar la duración estimada del proceso. Con el RD 625/2014 como explico anteriormente los partes de confirmación se emiten según la duración estimada del proceso.

Otra diferencia entre el anterior Real Decreto y el actual, es la periodicidad en la emisión de los informes complementarios. Como vemos en la tabla según la duración del proceso se emiten en distintos plazos.

Duración estimada	Legislación anterior RD 575/1997	RD 625/2014
Proceso inferiores a 30 días	Se expide al día 28 de la baja	No se emiten partes de confirmación
Procesos entre 32 y 60 días	Se expide el día 28º y se actualiza cada 28 días	Se expide junto al 2º parte de confirmación; el día 35 de la baja
Procesos de más de 60 días	Se expide el día 28º y se actualiza cada 28 días	Se expide con el 2º parte de confirmación; a los 49 días de la baja. Se actualiza cada dos partes de confirmación ⁱ

Plazo de remisión de los partes

³ Blasco Lahoz, J.F,2011

El plazo para la remisión de los partes de confirmación, baja o alta cumplimentados por la empresa anteriormente era de 5 días hábiles. Con el nuevo Real Decreto dicho plazo se ha reducido a 3 días hábiles. Se ha agilizado el proceso reduciendo el plazo. En el caso de las obligaciones de los organismos públicos también se reduce el plazo para la remisión de los partes. Reduciéndose de 5 días al día de la recepción del parte, o en todo caso al primer día hábil tras su recepción.

Propuestas de altas médicas

La mutua puede proponer el alta médica en procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes. En estos casos como en los anteriores lo que hace el nuevo Real Decreto es agilizar el proceso reduciendo los plazos en ciertos procedimientos.⁴ Concretamente reduce el plazo para que el facultativo correspondiente se pronuncie acerca de la propuesta de alta, el plazo para comunicar en su caso la confirmación de la baja y el plazo que tiene la entidad gestora para contestar a esa solicitud de alta.

A modo de resumen y para que se entienda mejor la reducción de los plazos, dicha reducción queda recogida en la siguiente tabla:

	RD 575/1997	RD 625/2014
Plazo para que el facultativo se pronuncie acerca de la propuesta de alta	10 días	5 días a partir de la fecha en que la propuesta haya entrado en la Unidad de Inspección
Plazo para comunicar la confirmación de la baja	15 días desde la recepción de la propuesta	5 días a partir de la fecha en que la propuesta haya entrado en la Unidad de Inspección
Plazo de la entidad gestora para contestar a la solicitud de la mutua de la expedición del alta	No existe plazo de contestación (plazo general de 3 mese)	4 días contados desde la recepción de la solicitud

Estos son los principales cambios que introduce el RD 625/2014. Lo que busca este Real Decreto es agilizar los trámites burocráticos que se derivan de las situaciones

⁴ Panizo Robles, J.A, 2014

de incapacidad temporal. El cambio más relevante es sobre la expedición de los partes médicos de baja, de confirmación y de alta.

Lo que se busca es una menor rigidez a la hora de la emisión de los partes de confirmación. Se emitían cada 7 días, sin importar la duración estimada de la incapacidad temporal. Para solucionar esto se establecieron unos protocolos de temporalidad para la emisión de los partes de confirmación. Dichos partes se emiten en función de la duración estimada del proceso. Respecto a las empresas también es una ventaja la nueva forma de tramitar los partes, ya que disponen de los datos 24 horas después de la tramitación de los mismos. De este modo por parte de las empresas también se agiliza el proceso de tramitación.⁵

Conclusión

La incapacidad temporal es la situación en la que se encuentra un trabajador cuando está incapacitado temporalmente para trabajar, a casusa de una enfermedad un accidente.

Después de haber analizado el Real Decreto 625/2014 que regula el proceso de incapacidad temporal, en sus primeros 365 días de duración. Observo que las principales novedades introducidas por el mismo tienen como objetivo facilitar y agilizar la gestión de los procesos de incapacidad temporal, independientemente del origen de la contingencia que origine dicho proceso. Lo que busca evitar prolongación indebida de los procesos de incapacidad temporal.

Esa prolongación indebida se evita a través de mecanismos de control y el establecimiento de tablas de duración estimada de las patologías susceptibles de generar incapacidades. Establece una nueva forma de expedición de los partes de baja, alta y confirmación. Lo que se genera con esto es la homogenización en la emisión de los partes, con independencia de quien sea el responsable de emitirlos.

También he analizado las prestaciones sanitarias y recuperadoras de las mutuas y la forma en la que se pueden prestar dichas prestaciones. Para ello he comentado los aspectos que me han parecido más relevantes del RD 1630/2011. Centrándome en los diferentes convenios que se pueden establecer para la prestación de los servicios sanitarios y recuperadores, dependiendo de qué los medios sean privados o públicos.

Bibliografía

- Cofederación Sindical CC.OO, *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 en los primeros 365 días de su duración*, 28 de agosto de 2014.
- Panizo Robles, J.A., *Un nuevo paso en el control de la prestación de Seguridad Social por incapacidad temporal*, RTSS. CEF, número 377-378, 2014.
- Blasco Lahoz, J.F., “*La prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social*”, Revista de información laboral”, ISSN 0214-6045, N° 12, 2011, págs. 20-30.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social, *Incapacidad Temporal Prestaciones*, 10ª edición, 2015.
- Ruesga Benito, S.M, Carbajo Vasco, D., Valeriano Gómez, Sandro Monsueto, E., Nestares Resa, C., Bichara Da Silva, Julimar., *mutuas de accidentes de trabajo y la gestión de la incapacidad temporal*, anexo 3º, 2007.
- Diario de actualidad jurídica de Lex Nova, “*Publicado el Real Decreto 1630/2011 que regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas*”, nº 107614,2011

Legislación

- 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.*
- Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, *por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.*
- Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, *por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.*
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, *por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.*
- 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.*
- Art. 22.4 Real Decreto Legislativo 5/2000, *de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.*

i

ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN RELACIONES LABORALES

CURSO ACADÉMICO 20..../...

GRADO	CONVOCATORIA
Relaciones Laborales <input type="checkbox"/>	
Curso de adaptación <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL ALUMNO/A			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI

ÁREA DE CONOCIMIENTO TRABAJO DE FIN DE GRADO

TÍTULO DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO

PROFESORADO RESPONSABLE DE LA TUTORIZACIÓN DEL TFG

CRITERIOS	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN SOBRE 10
<p>Contenido y presentación de la Memoria: profundidad en la que se abordan los temas que se tratan, complejidad en el análisis que de éstos se hacen, relevancia y originalidad del tema, etc.</p> <p>Forma: organización de los contenidos, estructura, redacción, presentación del trabajo escrito, citas, bibliografía y fuentes consultadas</p>	80%	
<p>Presentación y defensa oral y pública: calidad y pertinencia de la exposición y respuestas a las preguntas planteadas</p>	20%	
CALIFICACION FINAL		
Si la calificación es Sobresaliente, se propone para Matrícula de honor?		SI <input type="checkbox"/> * NO <input type="checkbox"/>

Suspenso: 0-4,9 Aprobado: 5-6,9 Notable: 7-8,9 Sobresaliente: 9-10

(*) La propuesta de MH debe remitirse a la Comisión de TFG (al coordinador/a de TFG en el Grado en Relaciones Laborales) acompañada de Informe motivado.

**VALORACIÓN DEL PROFESORADO RESPONSABLE
SOBRE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS**

- El alumno tiene capacidad de análisis y síntesis. SI NO
- El estudiante tiene capacidad de comunicación oral y escrita en lengua materna. SI NO
- El alumno tiene capacidad de transmitir y comunicarse por escrito y oralmente usando la terminología y las técnicas adecuadas. SI NO
- El alumno tiene capacidad de aplicar las tecnologías de la información y la comunicación en diferentes ámbitos. SI NO
- El alumno ha adquirido la capacidad para desarrollar proyectos de investigación en el ámbito laboral. SI NO
- El alumno tiene capacidad de organización y planificación SI NO

OBSERVACIONES

En La Laguna, a de de

El profesorado responsable

Fdo:

Fdo:

Fdo