



Mutuas, conoce tus derechos

**Secretaría de Salud Laboral y
Mediambiente UGT Asturias**

Desde la Unión General de Trabajadoras y Trabajadores de Asturias ofrecemos nuestro apoyo incondicional a todos los representantes de los/las trabajadores/as, que, mediante su labor, trabajan para alcanzar mejoras en las condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo, las cuales repercuten de forma muy favorable entre la plantilla.

Finalmente, todo lo que aquí se recoge puede ser complementado en el servicio de asesoramiento técnico y legal que el sindicato pone a su disposición a través del:

Gabinete Técnico de Prevención de Riesgos Laborales

Plaza General Ordóñez, 1 - Planta 11

33005 Oviedo

Tel: 685 77 60 38

gabineteslaboral@asturias.ugt.org

<https://ugt-asturias.org/salud-laboral/>

En el código QR está toda la información de Secretaría de Salud Laboral de UGT Asturias:



Realizado por: Secretaría de Salud Laboral UGT Asturias

Marzo 2026

Lista de acrónimos utilizados

Acrónimo	Significado
art.	Artículo
ET	Estatuto de los Trabajadores
DP	Delegado/a de Prevención
ITSS	Inspección de Trabajo y Seguridad Social
TRLGSS	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
LPRL	Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales
PRL	Prevención de Riesgos Laborales
IT	Incapacidad Temporal
IP	Incapacidad Permanente
MS	Muerte y Supervivencia
CEPROSS	Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
EVI	Equipo de Valoración de Incapacidad
Delt@	Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo

1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Participación de las personas trabajadoras.	8
1.2. Financiación de las mutuas.	8
1.3. Necesidad de asesoramiento.....	9
1.4. Finalidad de esta guía.....	9
1.5. Apoyo y asesoramiento.....	9
2. ¿QUÉ SON LAS MUTUAS?.....	11
2.1. Estructura orgánica.....	12
2.2. Junta General.	12
2.3. Junta Directiva.	13
2.4. Director Gerente.....	13
2.5. Comisión de Control y Seguimiento.....	13
2.6. Representación de las personas trabajadoras.....	14
2.7. Comisión de Prestaciones Especiales.	15
2.7.1. ¿Qué son las prestaciones complementarias?.....	15
2.7.2. ¿Quién puede ser beneficiario?.....	16
2.7.3. Tipos de ayudas.	16
2.7.4. ¿Quién puede solicitarlas?.....	17
2.7.5. Cuantía.....	18
2.7.6. Requisitos y condiciones.	18
2.8. ¿Qué es un convenio de asociación?	18
3. ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	21
3.1. Concepto de accidente de trabajo.....	22

3.2. Enfermedad Profesional.....	24
3.3. Diferencia entre enfermedad de trabajo y enfermedad profesional.	26
3.4. Obligaciones de la empresa. La notificación y la comunicación.	26
4. PRESTACIONES ECONÓMICAS.....	29
4.1. Incapacidad Temporal.....	29
4.1.1. Clasificación de los procesos de incapacidad temporal.....	30
4.1.2. Duración de los procesos de incapacidad temporal.....	30
4.2. ¿Quién se hace cargo de la prestación si en el momento del accidente o enfermedad profesional la empresa no cotiza por el trabajador/a?.....	31
4.3. Determinación de contingencia.	32
4.4. Prestación por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia.	34
4.5. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer o enfermedad grave.	35
4.6. Incapacidad Permanente (IP).	35
4.7. Compensación de los gastos de desplazamiento.....	38
5. DISCREPANCIAS ANTE LA MUTUA.....	41
5.1. ¿Cómo actuar en caso de que la mutua derive al trabajador/a al sistema nacional de salud?	41
5.2. ¿Qué hacer en caso de recibir el alta médica de forma prematura por la mutua?	43
5.3. ¿Qué hacer si la mutua se niega a entregar los resultados de las pruebas médicas?	45
5.4. Revisiones por parte de la mutua de la incapacidad temporal o baja médica.	46
5.5. Desacuerdo con la semana en la que se inicia la prestación por riesgo durante el embarazo.	47

5.6. Denegación de la prestación por riesgo de embarazo por falta de evaluación de riesgos.	48
6. CONSIDERACIONES PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO TRAS UNA BAJA LABORAL PROLONGADA.	50
7. BIBLIOGRAFÍA.	53

The background features several horizontal, watercolor-like strokes in shades of red and pink. A large, irregular pinkish-red shape is centered behind the text. Other strokes are visible at the top left and bottom right corners.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

Las **Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social** desempeñan un papel cada vez más amplio dentro del sistema de protección social.

Inicialmente se encargaban de la **gestión de las contingencias profesionales** (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales). Con el tiempo, sus funciones se han ampliado y hoy también colaboran en:

- La gestión de contingencias comunes (enfermedades o accidentes no laborales).
- Las prestaciones por riesgo durante el embarazo y la lactancia natural.
- Las prestaciones económicas por reducción de jornada para el cuidado de hijos o menores con cáncer u otras enfermedades graves.

1.1. Participación de las personas trabajadoras.

Pese a la ampliación de las funciones de las Mutuas, los/las trabajadores/as y sus representantes no tienen capacidad de decisión en la elección de la Mutua a la que se asocia la empresa.

Actualmente, solo se exige consultar previamente a los representantes de las personas trabajadoras antes de formalizar la asociación, pero su opinión no es vinculante.

1.2. Financiación de las mutuas.

Las Mutuas se financian a través de:

- Las cuotas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, recaudadas por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Un porcentaje de las cuotas por contingencias comunes, profesionales y cese de actividad.

Por tanto, las personas trabajadoras contribuyen económicamente a su mantenimiento, además de ser usuarias de sus servicios de asistencia y gestión.

1.3. Necesidad de asesoramiento.

Desde la UGT se ha detectado una alta demanda de asesoramiento por parte de las personas trabajadoras que manifiestan disconformidad con la atención o gestión realizada por las Mutuas.

Al Gabinete Técnico de UGT llegan numerosas consultas sobre situaciones en las que las trabajadoras y los trabajadores no están conformes con las decisiones o actuaciones de la Mutua.

1.4. Finalidad de esta guía.

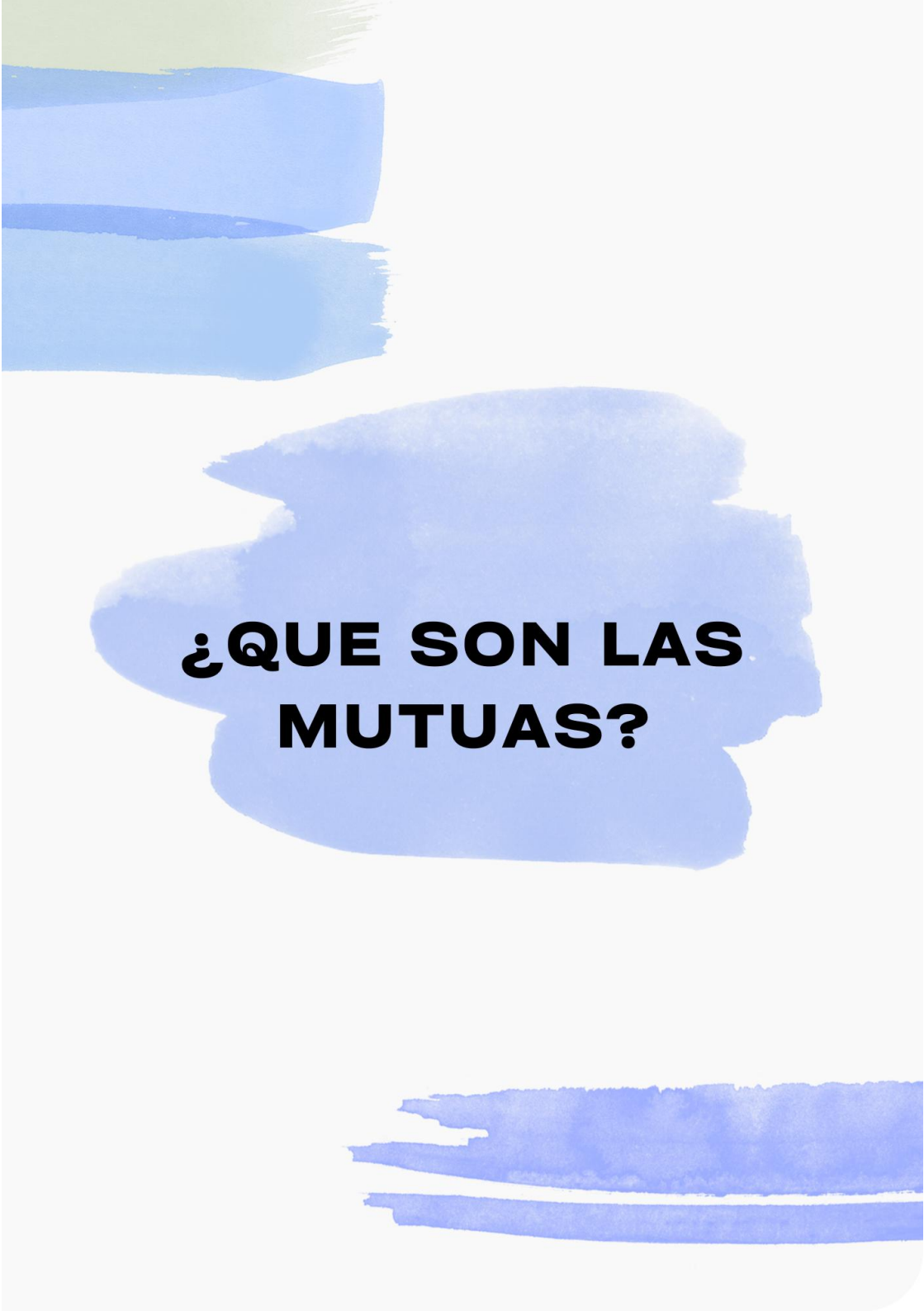
Esta guía tiene como objetivo orientar y acompañar a las personas trabajadoras y a sus representantes sindicales en los siguientes casos:

- **Conocer las diferentes prestaciones y sus características.**
- **Presentar una reclamación** frente a una Mutua.
- **Solicitar la revisión de la contingencia** (si se considera que una patología laboral ha sido clasificada incorrectamente).
- **Impugnar una alta médica** si se estima que es prematura o injustificada.
- Conocer los **derechos y procedimientos** ante discrepancias con la Mutua.

1.5. Apoyo y asesoramiento.

Como complemento a esta Guía, la UGT pone a disposición de todas las personas trabajadoras y de sus representantes la Secretaría de Salud Laboral de la Organización.

Allí podrán recibir asesoramiento, orientación y acompañamiento personalizado en cualquier asunto relacionado con las Mutuas colaboradoras.

The background features several abstract brushstrokes. In the top left, there are three horizontal strokes in shades of green and blue. In the center, a large, irregular blue shape serves as a backdrop for the text. At the bottom, there are more horizontal blue strokes.

**¿QUE SON LAS
MUTUAS?**

2. ¿QUÉ SON LAS MUTUAS?

Según el Art. 80 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (TRLGSS) las Mutuas son asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización e inscripción por el Ministerio de Trabajo.

Su finalidad es colaborar en la gestión de la Seguridad Social en la gestión de diversas prestaciones, no tienen ánimo de lucro y su ámbito de actuación se extiende a todo el territorio del Estado.

Estas organizaciones tienen como finalidad asumir las responsabilidades empresariales derivadas de las contingencias profesionales, tales como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Con el paso del tiempo, sus competencias se han ido ampliando, de modo que hoy en día gestionan también:

- La **incapacidad temporal** (IT) derivada de contingencias comunes.
- Las **prestaciones por maternidad, paternidad**, así como por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.
- La prestación económica por el **cuidado de menores** afectados por cáncer u otras enfermedades graves.
- La prestación por **cese de actividad** dirigida a los/las trabajadores/as por cuenta propia.
- 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.
- Las demás actividades de la Seguridad Social que les sean atribuidas legalmente.

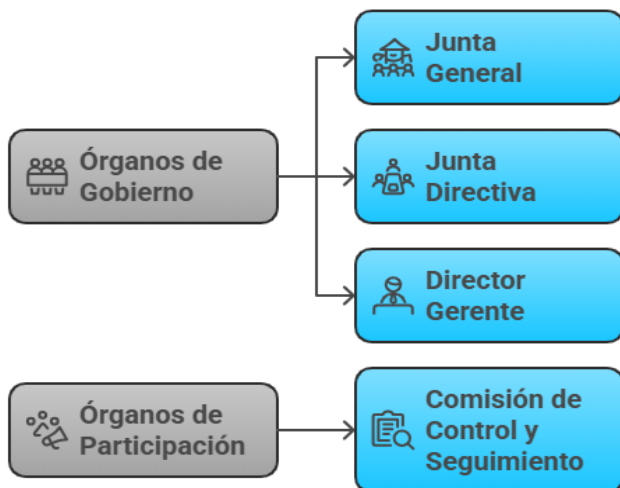
La Unión General de Trabajadoras y Trabajadores ha defendido siempre la necesidad de mantener una asistencia y gestión sanitaria pública, gratuita, universal e integral, especialmente en lo referente al tratamiento de las contingencias comunes.

Además, la organización se ha visto obligada a adaptar su estructura y funcionamiento con el fin de garantizar un nivel adecuado de representación y defensa de los intereses de los trabajadores y trabajadoras dentro de estas entidades.

2.1. Estructura orgánica.

Según el Art.85 TRLGSS los órganos de gobierno de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social son:

Estructura Orgánica de las Mutuas Colaboradoras



2.2. Junta General.

Es el órgano superior de gobierno, integrado por todas las empresas asociadas y un representante de los/las trabajadores/as de la mutua. Solo participan los empresarios asociados. Sus principales funciones son elegir la Junta Directiva y aprobar los presupuestos y las cuentas anuales.

2.3. Junta Directiva.

Órgano de dirección escogido por la Junta General, según el Art. 34 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, la Junta directiva de la Mutua se compondrá del número de asociados que se señale en los estatutos, y nunca será superior a veinte miembros, formando parte de la misma el representante de los/las trabajadores/as.

Este representante será trabajador/a de la propia mutua, elegido por y entre los miembros del comité de empresa, será miembro de la Junta Directiva mientras dure su mandato de delegado. Sus funciones son de gobierno de la entidad, administración y representación.

El elegido será el que obtenga mayor número de votos y en caso de empate se designará al que haya obtenido más votos en las elecciones sindicales.

La Junta directiva ostenta el gobierno de la Mutua, convocará la Junta general, ejecutará los acuerdos adoptados por la misma y tiene la facultad de representación de la Mutua.

Los miembros de la Junta directiva suscribirán los anteproyectos de presupuestos y cuentas anuales, antes de su remisión a la Junta general para su aprobación.

Los miembros de la Junta directiva responden frente a la Seguridad Social, la Mutua y los empresarios asociados, por el daño que causen por actos contrarios a la normativa, así como por los realizados sin la diligencia con la que deben desempeñar el cargo.

2.4. Director Gerente.

El director gerente de una mutua es la persona responsable de la gestión y dirección general de la mutua colaboradora con la Seguridad Social.

2.5. Comisión de Control y Seguimiento.

Órgano de participación creado por la Ley 42/1994 de composición paritaria (empresarios y trabajadores/as). El número de miembros va en función de la cantidad de cuotas obtenidas en el ejercicio anterior. El número máximo de integrantes de esta comisión es de diez, correspondiendo la mitad a la representación de los/las trabajadores/as protegidos por la mutua y la otra mitad a la representación de los empresarios asociados. Su presidente es el de la propia mutua.

Sus funciones son:

- Conocer los criterios de actuación de la Mutua.
- Participar en la elaboración del anteproyecto de presupuestos de la Mutua en las distintas modalidades de colaboración.
- Informar el proyecto de memoria anual, previo a su remisión a la Junta general.
- Tener conocimiento previo de las propuestas de nombramiento del Director-Gerente.
- Tener conocimiento y ser informada de la gestión llevada a cabo por la Entidad en las distintas modalidades de colaboración.
- Proponer cuantas medidas estime necesarias para el mejor cumplimiento de los fines de la Mutua.
- Solicitar cuanta información genérica se precise respecto a la gestión realizada por la Entidad en las distintas modalidades de colaboración.
- Serán informadas sobre las propuestas de alta realizadas por las Mutuas, en orden a seguir la evolución de los procesos de incapacidad temporal a cargo de las mismas.
- Crear en su seno grupos de trabajo con composición paritaria.
- Conocer los criterios de actuación de la mutua en el desarrollo de las funciones preventivas llevadas a cabo al amparo de lo establecido en el artículo 32 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, serán informadas de la gestión desarrollada y podrán proponer cuantas medidas se estimen necesarias para el mejor cumplimiento de las citadas funciones.

2.6. Representación de las personas trabajadoras.

Los representantes legales de los/las trabajadores/as facilitarán información sobre el proceso de atención de la Mutua en caso de sufrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Además, aconsejarán a la persona trabajadora en caso de que no esté conforme con la calificación del accidente o de la enfermedad por parte de la Mutua y explicarán el proceso para solicitar una determinación de la contingencia.

Pueden acompañar a la persona trabajadora a presentar una reclamación en el centro de la Mutua o ayudar a presentar esta queja o reclamación a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones.

Deben ser informados en los Comités de Empresa y en los de Seguridad y Salud de los aspectos relacionados con la gestión de los riesgos laborales.

Es importante que dispongan de una relación de las necesidades, reclamaciones y/o quejas de las personas trabajadoras para atenderlos correctamente y poder actuar reclamando al empresario una mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y también como argumentos de cara a la consulta por parte del empresario en relación con la prestación del servicio de la Mutua a las personas trabajadoras a la hora de renovar el Convenio de Asociación.

2.7. Comisión de Prestaciones Especiales.

Es también un órgano de participación, de composición paritaria, tienen a su cargo la concesión de los beneficios de la asistencia social que hayan de ser satisfechos por la mutua con cargo al 10% de excedente que obtenga. El presidente es elegido por la propia comisión.

2.7.1. ¿Qué son las prestaciones complementarias?

Las prestaciones complementarias de asistencia social son ayudas y servicios económicos que la Mutua puede conceder de forma voluntaria.

La Comisión de Prestaciones Especiales decide si se conceden y qué cantidad se otorga, según la situación concreta de necesidad. Estas ayudas tienen como objetivo cubrir necesidades que surgen a causa de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, y pueden beneficiar a los/las trabajadores/as de empresas asociadas o autónomos adheridos a la mutua, así como a sus familiares convivientes o personas con derecho a ellas.

Estas ayudas son independientes, compatibles y complementarias con las prestaciones reglamentarias de la Seguridad Social. Se financian con cargo a las Reservas de Asistencia Social de la mutua.

2.7.2. ¿Quién puede ser beneficiario?

Pueden ser beneficiario de las prestaciones complementarias:

- Las personas trabajadoras de empresas asociadas o personas que trabajan por cuenta propia adheridas a la mutua que hayan sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.
- El cónyuge o la pareja de hecho y los hijos de la persona accidentada, que constituyan una unidad de convivencia, salvo en los supuestos de separación o divorcio, en los que únicamente se exigirá obligación de prestación de alimentos por parte del trabajador/a.
- En defecto de los anteriores: los nietos, y, a falta de ellos, los padres. En ambos supuestos, deberán constituir una unidad de convivencia con la persona trabajadora.
- En caso de la prestación de auxilio por defunción, podrá ser beneficiario cualquier familiar, cónyuge o pareja de hecho que tenga la condición de derechohabiente y haya hecho frente a los gastos del sepelio.

2.7.3. Tipos de ayudas.

Catálogo de prestaciones complementarias de asistencia social (artículo 67 bis del Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, RD 1993/1995, de 7b de diciembre):

- Rehabilitación y recuperación:
 - Ayuda para costear la estancia de larga duración en un centro socio-sanitario o residencial de trabajadores/as con especiales dificultades para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y grandes inválidos.
 - Ayuda para costear los gastos de traslado, estancia y dietas del trabajador/a en un centro hospitalario, socio-sanitario o residencial, así como del acompañante encargado de su cuidado.
 - Ayuda para prótesis y ayudas técnicas no regladas.
 - Ayuda para tratamientos médicos o terapias no regladas.

- Reorientación profesional y adaptación del puesto de trabajo:
 - Ayudas para sufragar cursos para la formación profesional e inserción sociolaboral.
 - Ayudas para sufragar los gastos de adaptación del local o puesto de trabajo donde el trabajador/a autónomo desarrolla su actividad, y sus medios de trabajo.
- Ayuda para la adaptación de los medios esenciales para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria:
 - Ayuda para la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda habitual y la adaptación de la vivienda habitual.
 - Ayuda para adquisición de vivienda habitual adaptada.
 - Ayuda para la adaptación de vehículo o la adquisición de vehículo adaptado.
 - Apoyo domiciliario para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria cuando no exista un familiar o pareja de hecho de la unidad de convivencia que esté en condiciones de poder prestar el apoyo domiciliario.
 - Ayuda para el acceso a las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
- Otras prestaciones:
 - Complemento al auxilio por defunción para compensar al derechohabiente del trabajador/a fallecido que se haya hecho cargo de los gastos de sepelio.
 - Ayuda para la formación en el cuidado de personas en situación de Gran Invalidez.
 - Ayuda de pago único para el pago del alquiler o amortización de créditos hipotecarios de la vivienda habitual cuando, como consecuencia del accidente o enfermedad profesional, se produzca la pérdida del empleo o situación similar de vulnerabilidad, durante el año siguiente al hecho causante.

2.7.4. ¿Quién puede solicitarlas?

La persona trabajadora perteneciente a una empresa asociada o adherida a la mutua, que haya sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, así como sus familiares que formen la unidad de convivencia o sus derechohabientes.

2.7.5. Cuantía.

La Comisión de Prestaciones Especiales de la Mutua es la encargada de estudiar, aprobar o denegar las solicitudes recibidas con carácter potestativo, tanto en su reconocimiento como en su cuantía. En el caso de ser aprobadas, estas pueden cubrirse total o parcialmente.

2.7.6. Requisitos y condiciones.

Ser una persona trabajadora de una empresa asociada o persona trabajadora por cuenta propia adherida a la Mutua que haya sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y que se encuentre en una situación de necesidad sobrevenida por dicha situación.

Se podrán conceder distintas ayudas complementarias, o incluso la misma ayuda más de una vez, en el caso de que se produzca una nueva situación de necesidad a causa del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional sufrida por el trabajador/a, siempre que dicha situación no haya quedado cubierta y las ayudas estén recogidas en la relación establecida.

Puede consultarse el catálogo de prestaciones complementarias de asistencia social a en la Resolución de 28 de octubre de 2019, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, por la que se establece el régimen de aplicación de las prestaciones complementarias del artículo 96.1 b), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

La Unión General de Trabajadoras y Trabajadores dispone de representantes en las Comisiones de Prestaciones Especiales de las Mutuas, por lo que, si tienes algún problema con la Mutua, ponte en contacto con la Secretaría de Salud Laboral de UGT.

2.8. ¿Qué es un convenio de asociación?

La empresa debe proteger a todos las personas trabajadoras que presten servicios en centros de trabajo de una misma provincia con una misma Mutua (art. 72.1.a TRLGSS), cuyo ámbito de actuación, a su vez, se extienda a ese territorio (art. 61 RD 1993/1995). A estos efectos, la delimitación del centro de trabajo será la establecida en el art. 1.5 del Estatuto de los Trabajadores. En consecuencia, una empresa no está obligada a proteger todos los/as trabajadores/as con una misma Mutua, sino tan sólo a los que desarrollen su actividad en la misma provincia, pudiendo asociarse a varias Mutuas si se trata de una empresa con centros de trabajo y trabajadores/as en distintas provincias (arts. 11.2. 3.º y 14 RD 84/1996).

El empresario que opte por una Mutua deberá asociarse a la misma, suscribiendo el denominado “convenio de asociación”. Las Mutuas habrán de aceptar toda proposición de asociación y de adhesión que les formulen, en los mismos términos y con igual alcance que las Entidades Gestoras de la Seguridad Social asumen la cobertura de que se trate.

En el convenio de asociación para la integración en la Mutua se determinan los derechos y obligaciones de los asociados y de ésta. Su vigencia es de un año, debiendo coincidir el vencimiento con el último día del mes. Se entiende prorrogado por periodos anuales, salvo denuncia en contrario del empresario, debidamente notificada, con un mes de antelación, como mínimo, a la fecha del vencimiento (Art. 62 RD 1993/1995, de 7 de diciembre).

Si la empresa denuncia el convenio de asociación, la Mutua deberá entregar a la empresa una certificación acreditativa del cese, en el plazo de diez días desde la notificación de la denuncia. El convenio se hará constar en un documento, que se denominará documento de asociación en el que se recogerá:

- Nombre y apellidos del empresario individual y la denominación o razón social.
- El domicilio.
- El código o códigos de cuenta de cotización asignados y la actividad o actividades económicas de la empresa; así como los que en lo sucesivo le asigne la Tesorería General de la Seguridad Social.
- La fecha y hora en que comiencen y terminen sus efectos.
- Debe figurar expresamente la responsabilidad mancomunada de los asociados.

Los empresarios al suscribir el documento de asociación, o el de proposición, deberán entregar a la mutua informe emitido al respecto por el comité de empresa o delegado de personal, salvo que no existieran.

**ACCIDENTE DE
TRABAJO O
ENFERMEDAD
PROFESIONAL**

3. ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.

La Seguridad Social española se divide en dos modalidades:

- Contributiva, que protege a quienes han cotizado el tiempo mínimo legal.
- No contributiva, destinada a quienes se encuentran en situación de necesidad según criterios fijados por la ley.

Dentro de la modalidad contributiva, la protección cambia según el origen de la contingencia:

- Las contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional) reciben más protección y menos requisitos de acceso.
- Las contingencias comunes abarcan todo lo que no es profesional y cuentan con un tratamiento menos favorable.

El tratamiento privilegiado de las contingencias profesionales se debe a su importancia histórica (Ley de Accidentes de Trabajo de 1900) y a su función actual como seguro obligatorio que cubre la responsabilidad objetiva del empresario. Sin embargo, existen opiniones que cuestionan la necesidad de un régimen diferente para situaciones de necesidad equivalentes.

El accidente de trabajo y la enfermedad profesional gozan de una especial protección en nuestro ordenamiento jurídico, de modo que no resulta indiferente que una determinada contingencia sea calificada como común o profesional.

La definición legal del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional encuentra reflejo en el artículo 115 y 116 del TRLGSS respectivamente, mientras que la contingencia común, es decir, el accidente no laboral y la enfermedad común se regula en el artículo 117 de la misma norma.

Desde el punto de vista de Seguridad Social, el accidente de trabajo y la enfermedad profesional son contingencias profesionales, y el accidente no laboral y la enfermedad común son contingencias comunes.

3.1. Concepto de accidente de trabajo.

Aparece definido en el art. 115.1 TRLGSS como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

De este concepto -superado en muchos casos tanto por la realidad práctica como por la jurisprudencia- pueden extraerse las tres características que identifican a esta figura:

1) La existencia de una lesión corporal, que ha de entenderse como cualquier alteración, física o psíquica del trabajador producida por causas ajenas a su voluntad.

2) El principio de responsabilidad empresarial en los accidentes de trabajo se basa en que la persona accidentada sea un trabajador por cuenta ajena. Sin embargo, aunque el TRLGSS exige esta condición, es importante señalar que la cobertura por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales también se reconoce para los trabajadores por cuenta propia. Además, desde el 1 de enero de 2013, la protección frente a las contingencias profesionales forma parte de la acción protectora de todos los regímenes de la Seguridad Social, según el artículo 7 de la Ley 27/2011, de 1 de agosto.

3) Debe existir una relación de causalidad entre el trabajo y la lesión. Es decir, el accidente tiene que producirse con ocasión o como consecuencia del trabajo. Esta conexión se interpreta de forma flexible: no es necesario que el trabajo sea la causa directa y determinante de la lesión, sino que basta con que el daño ocurra debido a los riesgos propios de la actividad laboral.

El apartado 2 del art. 115 enumera una serie de supuestos en los que, pese a no existir alguno de los elementos previstos en el concepto de accidente de trabajo, son asimilados a éste:

- **Accidente "in itinere":** Es aquel que sufre el trabajador/a al ir al trabajo o al volver de éste. No existe una limitación horaria (Art. 115.2d TRLGSS). Hay 3 elementos que se requieren en un accidente in itinere:
 - Que ocurra en el camino de ida o vuelta.
 - Que no se produzcan interrupciones entre el trabajo y el accidente.
 - Que se emplee el itinerario habitual.
- **Accidentes en misión:** Son aquellos sufridos por el trabajador o trabajadora en el trayecto que tenga que realizar para el cumplimiento de la misión, así como el acaecido en el desempeño de esta dentro de su jornada laboral.

- **Accidentes de cargos electivos de carácter sindical:** Son los sufridos con ocasión o por consecuencia del desempeño de cargo electivo de carácter sindical o de gobierno de las entidades gestoras de la Seguridad Social, así como los accidentes ocurridos al ir o volver del lugar en que se ejercen las funciones que les son propias (Art. 115.2b TRLGSS).
- **Actos de salvamento:** Son los accidentes acaecidos en actos de salvamento o de naturaleza análoga cuando tengan conexión con el trabajo. Se incluye el caso de orden directa del empresario o empresaria o acto espontáneo del trabajador o trabajadora (Art. 115.2d TRLGSS).
- **Enfermedades o defectos anteriores:** Son aquellas enfermedades o defectos padecidos con anterioridad, que se manifiestan o agravan como consecuencia de un accidente de trabajo (Art. 115.2f TRLGSS).
- **Enfermedades intercurrentes:** Se entiende por tales las que constituyen complicaciones del proceso patológico determinado por el accidente de trabajo mismo. Para calificar una enfermedad como intercurrente es imprescindible que exista una relación de causalidad inmediata entre el accidente de trabajo inicial y la enfermedad derivada del proceso patológico (Art. 115.2g TRLGSS).
- **Las enfermedades comunes** que contraiga el trabajador o trabajadora con motivo de la realización de su trabajo, no incluidas en la lista de enfermedades profesionales. Se debe acreditar fehacientemente la relación causa - efecto entre la realización de un trabajo y la aparición posterior de la enfermedad (Art. 115.2e TRLGSS).

La jurisprudencia, no obstante, ha venido flexibilizando notablemente la exigencia de prueba sobre la exclusividad del origen de la enfermedad de trabajo.

A través de esta noción amplia de “enfermedad de trabajo” están teniendo cabida las lesiones producidas por los riesgos psicosociales (estrés laboral, “síndrome del quemado”, acoso sexual, por razón de sexo o acoso moral en el ámbito del trabajo, acoso por razones de edad, orientación sexual...).

Según el apartado cuarto del Art. 156 TRLGSS, **NO se considera accidente de trabajo:**

- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por esta la que sea de tal naturaleza que no guarde relación alguna con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

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

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

Pero no impedirán la calificación de un accidente como de trabajo (Art.156. 5 TRLGSS).

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

Las enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones del proceso patológico determinado por el accidente mismo, o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en el que se sitúa al trabajador/a para su curación.

Significa, por tanto, que se considera accidente de trabajo las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes. Una enfermedad intercurrente es aquella que sobreviene con el propio accidente de trabajo o durante el proceso de curación, constituye una complicación clínica.

3.2. Enfermedad Profesional.

Una enfermedad profesional es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro incluido en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. (Art. 157 TRLGSS. Concepto de enfermedad profesional).

La definición de enfermedad profesional es más rígida que la del accidente de trabajo, porque exige que la enfermedad y su agente causal estén incluidos en una lista oficial regulada por el RD 1299/2006.

Aunque esta lista es estricta, la jurisprudencia ha ido flexibilizando su interpretación, aceptando como enfermedades profesionales algunas dolencias - como los eccemas de contacto - incluso cuando no se identifica con precisión el agente nocivo. Aun así, el sistema de lista facilita el reconocimiento: si la enfermedad y el agente aparecen en ella, se presume

automáticamente su origen laboral, sin que el/la trabajador/a tenga que demostrar la relación con su trabajo.

De la definición legal podemos concluir que son tres las características básicas de la enfermedad profesional:

- Que la enfermedad se contraiga como consecuencia del trabajo prestado por cuenta ajena:

La relación de causalidad entre trabajo y enfermedad es mucho más estricta en las enfermedades profesionales que en los accidentes de trabajo: la enfermedad debe tener como causa directa y única el trabajo, sin admitir causas indirectas. Esto excluye muchas enfermedades de origen pluricausal, lo que contribuye a su infradeclaración.

- Que la enfermedad sea consecuencia de las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales:

Para que una enfermedad sea calificada de profesional tiene que haberse producido en alguna de las actividades recogidas en el RD 1299/2006, de 10 de noviembre. De modo que, aunque exista una enfermedad y la misma sea consecuencia del trabajo realizado, sólo tendrá la consideración de profesional cuando se haya contraído realizando las actividades listadas y para las enfermedades recogidas expresamente en el cuadro.

- Que la patología proceda de la acción de los elementos o sustancias que en el cuadro se indican para cada enfermedad profesional:

Es necesario que la enfermedad profesional se haya producido precisamente por la acción de los elementos o sustancias que para cada enfermedad profesional establece el RD 1299/2006. De modo que si las sustancias o agentes provienen del trabajo, pero no se encuentran entre las que indica el cuadro, estaríamos ante una enfermedad que podría tener la consideración de accidente de trabajo, siempre y cuando se pruebe que la misma tiene como causa exclusiva el trabajo (art. 115. 2 e) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

El catálogo de enfermedades profesionales aparece estructurado de la siguiente manera:

- 1) El Anexo 1, que recoge el listado de las enfermedades profesionales, clasificándolas en seis grupos, en función del origen de la patología (agentes químicos, agentes físicos, agentes biológicos, agentes carcinógenos...).
- 2) El Anexo 2, que recoge una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, pero sobre el que aún no hay evidencia. Así en el futuro podrían pasar a integrar el listado del Anexo 1, pero hasta ese momento podrán ser consideradas como enfermedades de trabajo.

3.3. Diferencia entre enfermedad de trabajo y enfermedad profesional.

La diferencia principal entre enfermedad de trabajo y enfermedad profesional es que la enfermedad profesional está incluida en la lista del RD 1299/2006, por lo que su reconocimiento es automático. En cambio, la enfermedad de trabajo no figura en esa lista y debe probarse que fue causada exclusivamente por el trabajo, salvo que se manifieste en tiempo y lugar laborales.

Ambas se consideran **contingencias profesionales** y reciben la misma protección de la Seguridad Social, siendo la Mutua la encargada de las prestaciones económicas y sanitarias.

3.4. Obligaciones de la empresa. La notificación y la comunicación.

El accidente de trabajo y la enfermedad profesional son resultado de fallos en la prevención de riesgos laborales. La ley reconoce el derecho de las personas trabajadoras a la protección de su salud, por lo que impone al empresario la obligación de garantizarla mediante una adecuada planificación preventiva: evaluación y actualización de riesgos, aplicación de medidas de seguridad y control de su eficacia.

Cuando la prevención es insuficiente y ocurren daños, la empresa debe cumplir ciertas obligaciones dentro del sistema de Seguridad Social, como contratar un seguro obligatorio con una mutua y pagar las primas correspondientes. Además, debe comunicar a la autoridad laboral los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, siguiendo procedimientos diferenciados para cada caso:

- Declaración de accidente:

En caso de accidente de trabajo, la empresa debe declararlo por escrito a la autoridad laboral. Esta obligación está contenida en el artículo 23.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y es obligatorio notificar los accidentes de trabajo a través del sistema Delt@, Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo.

La declaración electrónica afecta tanto a los accidentes de trabajo con baja como a los que no causan baja. Pero también a la relación de altas o fallecimientos de accidentados que deben remitirse mensualmente.

La comunicación de los accidentes de trabajo se realiza a través del sistema electrónico Delt@, que es la plataforma oficial utilizada por las empresas para informar a la autoridad laboral y a las mutuas.

- **Cuando el accidente no provoca baja médica**, la empresa no tiene que comunicarlo de forma inmediata. En estos casos, los accidentes se notifican de manera conjunta, enviando a través de Del@ una relación de los/las trabajadores/as accidentados durante el mes. Esta comunicación debe hacerse dentro de los cinco primeros días hábiles del mes siguiente, y los/las trabajadores/as tienen derecho a recibir una copia.
- **Si el accidente conlleva baja médica**, la empresa debe comunicarlo individualmente mediante el parte de accidente de trabajo. Este parte se envía a través de Delt@ en un plazo máximo de cinco días hábiles desde que ocurre el accidente o desde que se produce la baja, si esta es posterior. La información llega directamente a la mutua colaboradora correspondiente.
- **En el caso de un accidente grave, muy grave, mortal o múltiple (más de 4 personas)**, excepto los in itinere (en los supuestos referidos en el art. 6 de la Orden 16 de diciembre de 1987), además de comunicar el parte de accidente por Delt@, la empresa debe avisar de forma urgente a la autoridad laboral en un plazo máximo de 24 horas. Este aviso se realiza por un medio inmediato y sirve para que la Inspección de Trabajo pueda investigar lo ocurrido.

Es importante tener en cuenta que esta comunicación urgente no sustituye al envío del parte a través de Delt@, ya que ambos trámites son obligatorios.

- Declaración de enfermedad profesional:

En los casos de enfermedad profesional, la notificación corresponde a la mutua, que elabora y tramita el parte a través del sistema electrónico CEPROSS. La empresa debe proporcionar toda la información necesaria y elaborar una relación de enfermedades profesionales que generen más de un día de incapacidad temporal, además de informar a la autoridad laboral sobre los daños a la salud ocurridos durante el trabajo.

El parte debe comunicarse en un plazo de 10 días hábiles desde el diagnóstico y completarse con la transmisión de datos en los 5 días hábiles siguientes. El/la trabajador/a tiene derecho a recibir una copia del parte, tenga o no baja médica.

El diagnóstico de una enfermedad profesional puede ser realizado por médicos de las mutuas, de los servicios de prevención o del Sistema Nacional de Salud, ya que todos pueden detectar o sospechar su origen laboral.

El órgano competente para determinar la etiología profesional de la enfermedad es la entidad gestora, es decir el INSS. De hecho, en casos de discrepancias con la calificación de la enfermedad, debe presentarse al INSS la solicitud de determinación de contingencia, puesto que es el único competente para ello.



PRESTACIONES ECONÓMICAS

4. PRESTACIONES ECONÓMICAS.

Los subsidios son prestaciones periódicas, dirigidas a satisfacer necesidades con carácter no permanente y cuya duración, limitada en el tiempo, viene determinada legalmente. La Mutua gestiona las siguientes prestaciones económicas:

- Prestaciones por contingencias profesionales de los/las trabajadores/as de las empresas asociadas:
 - Subsidio de incapacidad temporal (IT) por contingencias profesionales.
 - Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
 - Prestaciones por riesgos durante la lactancia natural, y el embarazo.
 - Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes.
 - Prestaciones por incapacidad permanente (IP) derivada de contingencias profesionales.
 - Prestaciones por muerte y supervivencia (MS) derivadas de contingencias profesionales:
 - Auxilio por defunción.
 - Pensión de viudedad.
 - Pensión de orfandad.
 - Prestaciones en favor de familiares.
 - Indemnización por muerte derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- Subsidio de IT por contingencias comunes de los/las trabajadores/as de las empresas asociadas.

La mutua también gestiona prestaciones para los autónomos adheridos.

4.1. Incapacidad Temporal.

Alteración de la salud del trabajador/a, cualquiera que sea su causa, por la que recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y le impide temporalmente el desempeño de su trabajo durante el tiempo máximo fijado legalmente.

Se consideran situaciones protegidas las bajas por enfermedad común o profesional y por accidente, laboral o no, cuando el trabajador/a recibe asistencia sanitaria y no puede trabajar, con una duración máxima de 365 días prorrogables 180 más si se prevé la recuperación.

También se incluyen los periodos de observación por enfermedad profesional, con una duración inicial de 6 meses, prorrogables otros 6 si son necesarios para su diagnóstico.

Existen diferencias entre las características de la prestación dependiendo de si es incapacidad temporal por contingencias comunes o por contingencias profesionales.

4.1.1. Clasificación de los procesos de incapacidad temporal.

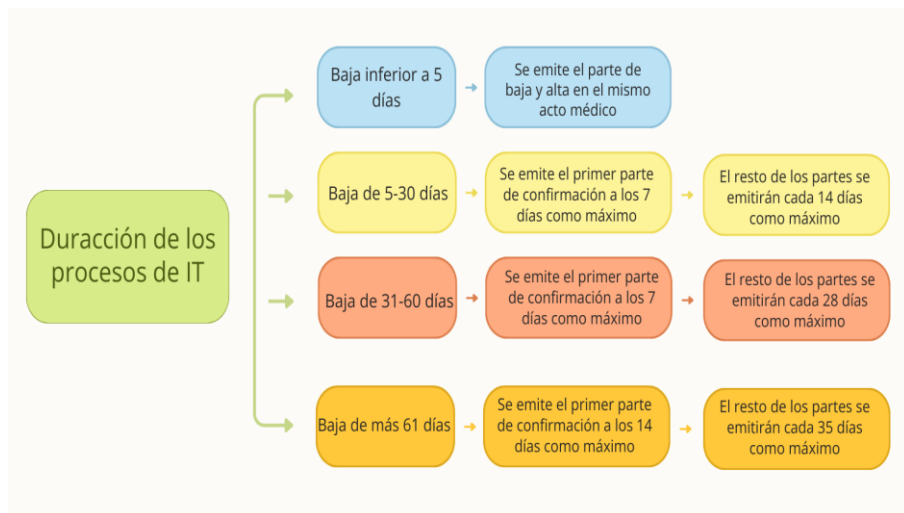
- Procesos de duración muy corta: Inferiores a 5 días naturales.
- Procesos de duración corta: de 5 a 30 días naturales.
- Procesos de duración media: de 31 a 60 días naturales.
- Procesos de duración larga: superiores a 61 días naturales.

4.1.2. Duración de los procesos de incapacidad temporal.

- Si la duración de la baja es inferior a 5 días, se emite el alta y la baja en el mismo momento.

No obstante, la persona trabajadora podrá solicitar que se le realice un reconocimiento médico el día que se haya fijado como fecha de alta, y el facultativo podrá emitir el parte de confirmación de la baja si considerase que la persona trabajadora no ha recuperado su capacidad laboral.

- Si la duración de la baja se estima entre 5 y 30 días, el primer parte de confirmación a los 7 días y el resto cada 14 días como máximo.
- Si la duración de la baja está entre 31 y 60 días, el primer parte de confirmación a los 7 días y los siguientes cada 28 días como máximo.
- Si la duración de la baja es superior a 61 días, primer parte de confirmación a los 14 días y el resto cada 35 días como máximo.



4.2. ¿Quién se hace cargo de la prestación si en el momento del accidente o enfermedad profesional la empresa no cotiza por el trabajador/a?

Según el Art. 61 RD 1993/1995, de 7 de diciembre, en los casos de incumplimiento por las empresas asociadas a la Mutua de las obligaciones en materia de afiliación, de altas y bajas y de cotización, la Mutua no podrá suspender el convenio de asociación y está obligada a hacerse cargo de las prestaciones económicas y sanitarias a que tengan derecho las personas trabajadoras empleadas por tales empresarios, sin perjuicio de las acciones legalmente previstas para el resarcimiento de los importes correspondientes.

Corresponde a la Mutua la expedición de los partes médicos de baja, confirmación de baja y alta, así como la declaración del derecho al subsidio, su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción, en los procesos de incapacidad temporal derivados de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales correspondientes a las personas trabajadoras dependientes de las empresas asociadas.

4.3. Determinación de contingencia.

El procedimiento para determinar el origen de una situación de incapacidad temporal (es decir, si se debe a una causa común o profesional) puede iniciarse desde el momento en que se emite el parte de baja médica.

Este procedimiento puede comenzar de varias formas:

- Por iniciativa del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), ya sea de oficio o a petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del servicio público de salud correspondiente o del Instituto Social de la Marina.
- A solicitud del propio trabajador/a o de su representante legal.
- A petición de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social o de las empresas colaboradoras, cuando el asunto les afecte directamente.

La resolución que se dicte deberá aclarar varios aspectos fundamentales:

- Determinar si la incapacidad temporal tiene un origen común o profesional y si el proceso es una recaída de una baja anterior.
- Establecer las consecuencias que esta determinación tiene sobre el proceso de incapacidad temporal, especialmente cuando coinciden en el tiempo enfermedades o lesiones derivadas de distintas causas.
- Identificar qué entidad es responsable de asumir las prestaciones económicas y la asistencia sanitaria.

Una vez adoptada la resolución, esta será comunicada al trabajador/a afectado, a la empresa, a la mutua correspondiente y al servicio público de salud. Estas comunicaciones se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos, con el fin de garantizar una mayor rapidez y eficacia en la transmisión de la información.

Contingencias Comunes vs. Contingencias Profesionales

Característica	Contingencias Comunes	Contingencias Profesionales
 Origen	Enfermedad común o accidente no laboral	Accidente de trabajo o enfermedad profesional
 Situaciones protegidas	Incapacidad temporal mientras se recibe asistencia sanitaria y existe impedimento para trabajar	Incapacidad temporal por accidente de trabajo, enfermedad profesional y/o periodo de observación de EP
 Duración general	365 días, prorrogables 180 días más si se prevee curación	365 días, prorrogables 180 días más, periodo de observación: 6 meses prorrogables otros 6.
 Requisitos	Afiliación y alta o situación asimilada al alta	Afiliación y alta o situación asimilada al alta
 Período de carencia	180 días cotizados en los 5 años anteriores	No se exige período previo de cotización
 Base reguladora (BR)	Base de cotización por contingencias comunes del mes anterior, transformada en diaria	Base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior + promedio de horas extra, transformada en diaria
 Cuantía del subsidio	60 % de la BR del día 4.º al 20.º, 75% de la BR desde el día 21	75 % de la BR desde el primer día
 Nacimiento del derecho	Los 3 primeros días no se percibe prestación, del 4.º al 15.º paga el empresario, desde el 16.º paga la S.S. mediante pago delegado	Nace el día siguiente al de la baja médica
 Huelga y cierre patronal	No nace el derecho durante estas situaciones	No nace el derecho durante estas situaciones
 Recaídas	Se acumulan los periodos hasta alcanzar la duración máxima	Se acumulan los periodos hasta alcanzar la duración máxima
 Extinción	Por cumplimiento del plazo máximo, alta médica, jubilación o incomparecencia injustificada	Por cumplimiento del plazo máximo, alta médica, jubilación o incomparecencia injustificada
 Suspensión	Por fraude, trabajo del beneficiario o rechazo del tratamiento.	Por fraude, trabajo del beneficiario o rechazo del tratamiento.
 Procedimiento	Parte de baja, confirmación y alta emitidos por el Servicio Público de Salud	Parte de baja, confirmación y alta emitidos por la Mutua o el INSS

4.4. Prestación por riesgo durante el embarazo y durante la lactancia.

Cuando una trabajadora está embarazada o en periodo de lactancia, la ley protege su situación si su puesto de trabajo puede suponer un riesgo para su salud o para la del bebé. En primer lugar, la empresa debe intentar adaptar el puesto de trabajo para eliminar ese riesgo o, si no es posible, trasladarla a otro puesto compatible y seguro.

Solo cuando ninguna de estas opciones puede aplicarse, se permite la suspensión del contrato de trabajo. En ese caso, la trabajadora puede acceder a la prestación económica correspondiente, garantizando así su protección durante ese periodo.

Los requisitos son estar afiliada y en alta, sin exigir cotización previa al tratarse de una contingencia profesional. La prestación consiste en un subsidio diario del 100 % de la base reguladora de contingencias profesionales.

El subsidio se inicia el mismo día de la suspensión y dura mientras exista el riesgo. Se extingue por maternidad, reincorporación, finalización del contrato, interrupción del embarazo o lactancia, cumplimiento de los 9 meses del hijo (lactancia) o fallecimiento. Puede suspenderse por fraude o actividad incompatible.

La gestión y el pago de la prestación corresponde a INSS o a la Mutua con la que el empresario tenga concertada la cobertura de las contingencias profesionales.

No es lo mismo un embarazo de riesgo que la prestación por riesgo durante el embarazo:

El embarazo de riesgo es aquel que por ciertos factores o patologías puede verse complicado poniéndose en riesgo la salud de la madre o del feto. Para estos casos, correspondería una incapacidad temporal derivada de contingencia común, ya que el riesgo para la trabajadora y/o el feto no viene derivado del entorno laboral. Esta baja laboral la expedirá el médico de atención primaria.

Sin embargo, para los casos de riesgo durante el embarazo, existen riesgos laborales en el puesto de trabajo que pueden afectar negativamente al estado de salud de la trabajadora embarazada y/o al feto. El riesgo entonces viene derivado del entorno laboral, por lo que corresponde el cambio de puesto de trabajo o adaptación de las condiciones laborales, si no fuera posible se suspenderá el contrato de trabajo y corresponderá la prestación de riesgo durante el embarazo.

4.5. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer o enfermedad grave.

Se reconoce una prestación de la Seguridad Social para progenitores, adoptantes o acogedores trabajadores/as cuyo menor a cargo padezca cáncer u otra enfermedad grave que requiera hospitalización prolongada y cuidados directos, continuos y permanentes, incluso en el domicilio tras el alta hospitalaria.

El beneficiario debe reducir su jornada al menos un 50 %, cumpliendo requisitos similares a la maternidad contributiva. Solo uno de los progenitores puede percibir la prestación, aunque pueden alternarse.

La prestación consiste en un subsidio del 100 % de la base reguladora por contingencias profesionales, proporcional a la reducción de jornada. Nace con la reducción de jornada y se extingue cuando cesa la necesidad de cuidados o cuando el menor cumple 18 años. La gestión y el pago corresponden a la Mutua o entidad gestora correspondiente.

4.6. Incapacidad Permanente (IP).

Situación en la que una persona trabajadora, después de recibir tratamiento médico y el alta, mantiene secuelas graves que le dificultan o le impiden trabajar. Estas limitaciones son duraderas y afectan claramente a su capacidad laboral. Aunque exista la posibilidad de mejora, se puede reconocer la incapacidad permanente cuando la recuperación no es segura o solo podría darse a muy largo plazo.

La IP, con independencia de su causa, se clasifica en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del interesado en 4 grados, cada uno de los cuales da derecho a una correspondiente prestación:

- **IP parcial:** Aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador/a una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.
- **IP total:** La que inhabilita a la persona trabajadora para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.
- **IP absoluta:** La que inhabilita por completo a la persona trabajadora para toda profesión u oficio.

- **Gran Invalidez:** situación de la persona trabajadora afectada de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Prestaciones por Incapacidad Permanente

Característica	 Requisitos Subjetivos	 Requisitos de Carencia	 Contenido
Incapacidad Permanente Parcial	Afiliado, alta, menor de edad legal de jubilación	Accidente/Enfermedad Profesional: No se requiere. Enfermedad Común: 1800 días en 10 años	Pago único equivalente a 24 meses de base reguladora
Incapacidad Permanente Total	Afiliado, alta, menor de edad legal de jubilación	Accidente/Enfermedad Profesional: No se requiere. Enfermedad Común: Varía según la edad	Pensión equivalente al 55% de la base reguladora (posible incremento del 20% para mayores de 55 años)
Incapacidad Permanente Absoluta	Afiliado, alta (posible excepción), menor de 65 años	Accidente/Enfermedad Profesional: No se requiere. Enfermedad Común: Mismos que IP Total. No alta: 15 años (3 en los últimos 10)	Pensión equivalente al 100% de la base reguladora
Gran Invalidez	Afiliado, alta (posible excepción), menor de 65 años	Mismos que IP Absoluta	Pensión equivalente a IP Absoluta + complemento para atención

- Suspensión de la prestación de IP:

- Cuando el beneficiario haya actuado de manera fraudulenta para obtener o conservar el derecho a las prestaciones.
- Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de imprudencia temeraria del beneficiario.
- Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de haber rechazado o abandonado, sin causa razonable, el tratamiento sanitario prescrito durante la situación de incapacidad temporal.
- Cuando el beneficiario, sin causa razonable, rechace o abandone los tratamientos o procesos de readaptación y rehabilitación procedentes.

- Extinción:

- Por revisión con resultado de curación.
- Por fallecimiento del beneficiario.
- Por reconocimiento del derecho a la pensión de jubilación, cuando se opte por esta pensión.
- Por revisión de oficio dictada por la Entidad gestora en alguno de los casos en que tal actuación esté legalmente permitida y de ella se derive la pérdida del derecho a la pensión.

- Gestión:

La gestión de las prestaciones de IP es realizada, con carácter general, por el INSS. EL pago de estas se lleva a cabo por:

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) cuando la incapacidad permanente derive de enfermedad común, accidente no laboral o enfermedad profesional.
- El Instituto Nacional de la Seguridad Social o la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, en su caso, cuando derive de accidente de trabajo. En los casos de pensión

vitalicia, será el INSS previa constitución por la Mutua del valor actual del capital coste de la pensión.

4.7. Compensación de los gastos de desplazamiento.

La compensación de los gastos de desplazamiento por parte de la Mutua se regula en la Resolución de 21 de octubre de 2009, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, que establece las instrucciones para el abono de los gastos de transporte en los supuestos de asistencia sanitaria y comparecencias médicas.

Serán objeto de compensación los gastos de desplazamiento derivados de:

- La asistencia sanitaria por contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional).
- Las citaciones para reconocimientos médicos relacionadas con procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.

- Personas residentes en la misma localidad

Asistencia sanitaria por contingencias profesionales: Se compensarán los gastos de desplazamiento realizados en medios de transporte colectivo, incluido el taxi, cuando su uso esté prescrito por el facultativo que preste la asistencia sanitaria o autorizado por la Mutua, especialmente en aquellos casos en los que no exista otro medio de transporte o la persona trabajadora no disponga de transporte propio para acudir a la cita médica.

Citaciones para reconocimiento médico: Se abonarán los gastos de desplazamiento en medios de transporte colectivo.

El uso de taxi o ambulancia únicamente será compensado cuando el estado de salud de la persona trabajadora lo requiera, debiendo comunicarse esta circunstancia a la Mutua.

- Personas residentes en distinta localidad

Asistencia sanitaria por contingencias profesionales: Se compensarán los gastos de desplazamiento en autobús, ferrocarril y taxi. Asimismo, cuando el desplazamiento se realice desde o hacia territorio extrapeninsular o entre islas, se compensarán los gastos en avión o barco, tanto en el trayecto de ida como de regreso.

Cuando la persona trabajadora opte por el uso de vehículo particular, podrá solicitar la compensación correspondiente conforme a los criterios establecidos por la Mutua.

El gasto de taxi será compensable cuando su utilización esté prescrita por el facultativo por razones médicas. En ausencia de prescripción médica, el abono del taxi requerirá autorización previa de la Mutua, especialmente en los supuestos en los que no exista transporte colectivo o este no se adecúe a la fecha y hora de la citación.

Citaciones para reconocimiento médico: Se compensarán los gastos de desplazamiento en autobús, ferrocarril y taxi y, cuando sea necesario el traslado entre islas o a territorios extrapeninsulares, también en avión o barco, tanto de ida como de vuelta.

También tendrán derecho a la compensación por desplazamiento en vehículo particular en caso de que opten por este medio de transporte. Para el caso del taxi, se requiere una autorización previa de la Mutua y únicamente para los casos en los que no existan medios de transporte colectivo, o cuando el servicio no se ajuste a la fecha y hora de la citación médica. Se abonará el importe del taxi hasta la estación de ferrocarril o autobús, puerto o aeropuerto de línea regular más próximos y, si fuera necesario, hasta el lugar de citación. Otro supuesto es que el estado de salud de la persona trabajadora le impida el desplazamiento por medios de transporte colectivo, en tal caso le serán abonados los gastos de desplazamiento en taxi, siendo necesario el informe favorable de la Mutua.

- Respecto a los importes de la compensación:

Si se utilizan medios de transporte colectivos, la compensación será el importe total a que ascienda la tarifa más económica: en ferrocarril, billete de segunda clase; en autobús, billete de línea regular; y en barco o en avión, billete de clase turista. Para cobrar estos gastos se deberá presentar el billete.

Si se utiliza un vehículo particular, no es necesario presentar ningún tipo de justificante, basta con la asistencia de la persona trabajadora al reconocimiento. El kilometraje se paga a 0,19 euros por kilómetro.

Si el desplazamiento se hace en taxi, se necesitará la factura para justificar el gasto y en la misma se debe detallar el origen y el destino del trayecto. Para los desplazamientos en taxi de personas residentes en distinta localidad a la que tienen que acudir, se podrá abonar la permanencia del taxi en espera de efectuar el reconocimiento.

The background features several abstract brushstrokes in shades of blue and green. In the top left, there are three horizontal strokes of varying lengths and colors (light green, medium blue, and dark blue). In the center, a large, irregular, light blue shape serves as a backdrop for the text. At the bottom, there are two horizontal strokes, one dark blue and one medium blue.

DISCREPANCIAS ANTE LA MUTUA

5. DISCREPANCIAS ANTE LA MUTUA.

5.1. ¿Cómo actuar en caso de que la mutua derive al trabajador/a al sistema nacional de salud?

En ocasiones, cuando una persona trabajadora acude a la Mutua por una patología relacionada con el trabajo o con el trayecto de ida y vuelta al trabajo, sucede que se la deriva al Sistema Público de Salud calificándose esta patología como contingencia común, en lugar de como contingencia profesional.

Esta diferencia en la calificación del accidente o de la enfermedad deriva en que la persona trabajadora recibirá una prestación menor en términos económicos, además de que el tratamiento de rehabilitación, farmacológico, protésico, etc. pueden tener coste para la persona trabajadora si no estuviera cubierto por el Sistema Público de Salud.

Sin embargo, si la patología se califica como contingencia profesional, todas estas necesidades de tratamiento serían cubiertas por la Mutua y por lo tanto gratuitas para la persona trabajadora.

Por lo tanto, ante situaciones de derivación de la persona trabajadora enferma o accidentada hacia el Sistema Público de Salud y siempre que la patología que padezca tenga relación con el trabajo, es posible realizar una reclamación o queja ante la Mutua, tal y como se explica en esta Guía.

La persona trabajadora deberá solicitar un informe médico en la Mutua, en el que se explique el argumento que motiva la derivación hacia el Sistema Público de Salud, haciendo que la patología se califique como contingencia común en lugar de como profesional, así como también los informes de las pruebas médicas que se le hayan realizado a la persona trabajadora.

La persona trabajadora acudirá a su médico de cabecera para ser atendido y recibir el tratamiento que el facultativo considere oportuno. El médico de cabecera será el que emita la baja laboral, calificándose la patología como contingencia común.

El médico de la Mutua debe entregar a la persona trabajadora un informe médico que incluya la patología, el diagnóstico, el tratamiento aplicado y las razones por las que considera que la enfermedad es una contingencia común. A este informe se deben adjuntar los resultados de todas las pruebas médicas realizadas en la Mutua. Este documento debe entregarse al médico de atención primaria, que será quien emita el parte de baja por contingencia común.

Además, el médico de atención primaria puede manifestar su desacuerdo con la calificación de la contingencia realizada por la Mutua.

Una vez con la baja laboral y con el resto de documentación recabada, es posible presentar ante la Seguridad Social una determinación de contingencia.

La persona trabajadora puede solicitar al INSS la determinación de la contingencia (si la patología es profesional o común), aportando los informes y pruebas médicas de los que disponga.

Toda la información y formularios necesario para realizar esta solicitud se encuentra disponible en la web de la Seguridad Social:

<https://prestaciones.seg-social.es/servicio/determinacion-contingencia-causante-incapacidad-temporal.html?categoria=incapacidad-temporal>

Una vez presentada la solicitud de determinación de la contingencia, el INSS comunica el inicio del procedimiento tanto al Servicio Público de Salud como a la Mutua, para que en un plazo de 4 días hábiles aporten la información del caso y expliquen los motivos de la calificación de la contingencia que consideran correcta.

Si el procedimiento lo inicia el médico de atención primaria, el INSS informará a la persona trabajadora y le concederá 10 días hábiles para presentar la documentación disponible y las alegaciones que considere oportunas.

Además de solicitar información a las partes implicadas, el INSS puede pedir informes adicionales y realizar las actuaciones necesarias para comprobar los datos antes de dictar resolución.

Una vez reunida toda la información, el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) emite un informe con su criterio sobre la contingencia de la patología. Este informe se envía al director provincial del INSS, que será quien dicte la resolución final. El plazo máximo para resolver es de 15 días hábiles, contados desde que se aporta toda la documentación o desde que finalizan los plazos concedidos a las partes.

En la resolución se indicará la determinación de la contingencia, es decir si se considera común o profesional y si el proceso es una recaída de otro anterior o no lo es, así como el sujeto responsable de la prestación (Mutua o INSS).

En el caso que se consiga la modificación de la contingencia común asignada inicialmente y la baja laboral pase a considerarse como contingencia profesional:

- El Sistema Público de Salud abonará la prestación de incapacidad temporal por contingencia común a la persona trabajadora hasta la fecha de resolución del procedimiento.
- A partir del día de la resolución, será la Mutua la que abone la prestación de incapacidad temporal por contingencia profesional, así como la diferencia a favor del trabajador/a de la parte que inicialmente abonó el Sistema Público de Salud. La mutua deberá reintegrar al Servicio Público de Salud la prestación abonada a su cargo, mediante la compensación de las cuantías que procedan y también el coste de la asistencia sanitaria prestada.

La resolución de la determinación de la contingencia se comunica a la persona trabajadora, a la empresa, a la Mutua y al Servicio Público de Salud.

5.2. ¿Qué hacer en caso de recibir el alta médica de forma prematura por la mutua?

Cuando una persona trabajadora recibe el alta médica por una incapacidad temporal derivada de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, y esta baja ha durado menos de 365 días, puede pedir una revisión del alta si considera que es prematura y no está en condiciones de volver a trabajar.

Una vez que se le comunica el alta, dispone de 10 días hábiles para solicitar la revisión ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). El trámite y los formularios necesarios están disponibles en la página web de la Seguridad Social:

<https://prestaciones.seg-social.es/servicio/revision-alta-medica-incapacidad-temporal.html>

En la solicitud, la persona trabajadora debe explicar por qué no está de acuerdo con el alta médica y aportar la documentación médica disponible, como informes o la historia clínica relacionada con la baja, o al menos la solicitud de dicha documentación a la Mutua.

Mientras el INSS estudia la solicitud, la persona trabajadora sigue de baja médica y no debe incorporarse a su puesto de trabajo. Durante este tiempo, continuará cobrando la prestación, aunque posteriormente podría revisarse si se considera que se ha cobrado de forma indebida.

Además, la persona trabajadora debe informar a su empresa de que ha solicitado la revisión del alta el mismo día en que presenta la solicitud o, como máximo, el siguiente día hábil.

El INSS comunicará a la Mutua el inicio del procedimiento para que, en un plazo de 4 días hábiles, explique el motivo del alta médica y envíe la información del proceso de incapacidad temporal. Si la Mutua no responde, se tendrán en cuenta los documentos aportados por la persona trabajadora.

En este punto, la propia Mutua puede retractarse del alta emitida, lo que hará que se archive el procedimiento iniciado por la persona trabajadora y continúe en situación de incapacidad temporal.

Tras la aportación de la información por parte de la Mutua, el equipo de valoración de incapacidades (EVI) emite un informe, que dirige al Director Provincial del INSS, quien dictará la resolución en el plazo de 15 días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de Mutua.

En este punto pueden ocurrir varias situaciones:

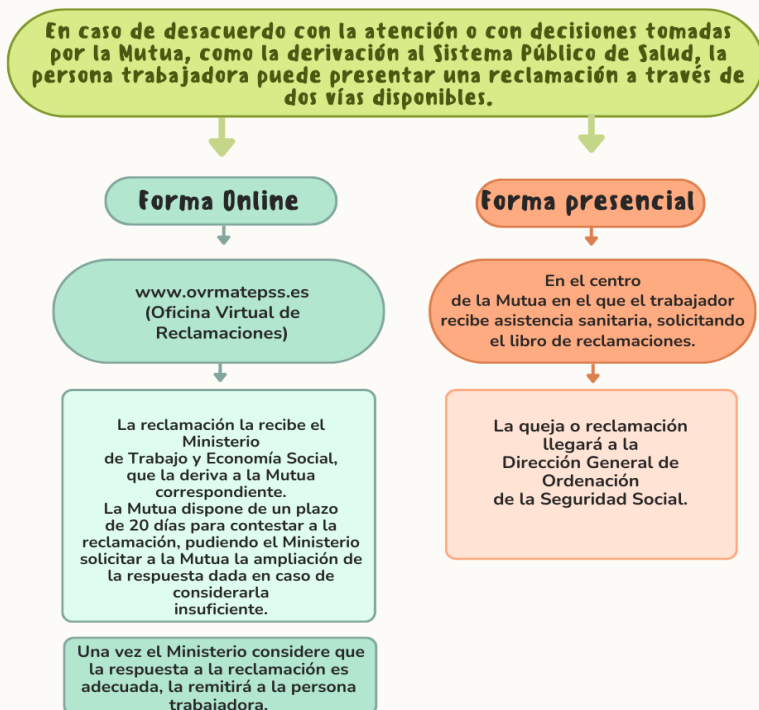
- Si se da la razón a la Mutua y se avala la decisión del alta, la resolución deberá incluir la fecha y efecto del alta médica. En este supuesto la persona trabajadora tendrá que devolver la prestación percibida desde la fecha del alta hasta la resolución, debiendo reincorporarse inmediatamente a su puesto de trabajo.

En este supuesto, la persona trabajadora dispone de un plazo de 20 días hábiles desde la notificación de la denegación de la revisión del alta para presentar una demanda ante los Juzgados de lo Social.

- Si se da la razón a la persona trabajadora y se mantiene la baja laboral, la resolución incluirá la contingencia de la que deriva el proceso de incapacidad temporal, así como, en su caso, la improcedencia de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación de esta revisión por el Sistema Público de Salud. En este caso la persona trabajadora continuaría en situación de incapacidad temporal y seguirá percibiendo la prestación.
- Existe una tercera posibilidad en la que la persona trabajadora se recupere durante el proceso de impugnación del alta médica. En este caso se podrá declarar sin efectos el alta médica emitida por la entidad colaboradora por considerarla prematura y la resolución de procedimiento debe incluir la nueva fecha de efectos del alta médica. Por lo tanto, finalizaría la situación de incapacidad temporal debido a la recuperación de la persona trabajadora que tendría que reincorporarse a su puesto de trabajo.

5.3. ¿Qué hacer si la mutua se niega a entregar los resultados de las pruebas médicas?

En el caso de que la Mutua se niegue a facilitar a la persona trabajadora los resultados de las pruebas médicas se debe presentar una reclamación por escrito a la Mutua aludiendo en ella a la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que reconoce el derecho de todo paciente a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud.



5.4. Revisiones por parte de la mutua de la incapacidad temporal o baja médica.

En los casos de incapacidad temporal por contingencias comunes, el Servicio Público de Salud es el único organismo competente para emitir los partes de baja, confirmación y alta médica.

Las Mutuas pueden emitir partes de baja, confirmación y alta únicamente cuando la incapacidad temporal deriva de contingencias profesionales (accidente de trabajo o enfermedad profesional). En los procesos por contingencias comunes, las Mutuas solo pueden proponer el alta médica.

Cuando se alcanza el plazo máximo de 365 días de incapacidad temporal, corresponde al INSS decidir sobre la prórroga, iniciar un expediente de incapacidad permanente, emitir el alta médica o reconocer una nueva baja por recaída, siempre que esta se produzca dentro de los 180 días siguientes al alta y por la misma o similar patología.

Según el artículo 9 del Real Decreto 625/2014, las Mutuas pueden citar a las personas trabajadoras en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes para reconocimientos médicos, desde el primer día de la baja. Estos reconocimientos deben respetar siempre la intimidad y dignidad de la persona trabajadora. El personal médico de la Mutua podrá acceder a los informes y pruebas médicas relacionados con la patología que ha originado la baja.

La Mutua debe comunicar la citación al reconocimiento médico con una antelación mínima de cuatro días hábiles, informando de que la no asistencia puede suponer la suspensión cautelar del subsidio y, si no se justifica en un plazo de diez días hábiles, la extinción del derecho a la prestación económica.

Si la persona trabajadora justifica su imposibilidad de asistir antes de la fecha fijada o el mismo día, la Mutua podrá señalar una nueva fecha, que deberá comunicarse también con al menos cuatro días hábiles de antelación.

La inasistencia al reconocimiento médico se considera justificada cuando:

- Se aporta un informe del médico del Servicio Público de Salud que desaconseje la asistencia por la situación clínica.
- La citación se haya realizado con un plazo inferior a cuatro días hábiles.
- Exista otra causa suficiente que impida la asistencia.

Si la persona trabajadora no acude al reconocimiento y no lo justifica, la Mutua suspenderá cautelarmente el subsidio desde el día siguiente al señalado para el reconocimiento. Esta decisión debe comunicarse de inmediato, concediendo un plazo de diez días hábiles para justificar la ausencia.

Si la ausencia se justifica dentro de ese plazo, se levantará la suspensión y se reanudará el pago del subsidio con efectos desde la fecha en que fue suspendido. La Mutua abonará directamente las cantidades pendientes en un plazo máximo de quince días.

En caso de no justificar la inasistencia, la Mutua acordará la extinción definitiva del derecho a la prestación económica, con efectos desde el día en que se produjo la suspensión cautelar.

5.5. Desacuerdo con la semana en la que se inicia la prestación por riesgo durante el embarazo.

La prestación por riesgo durante el embarazo tiene como finalidad compensar la pérdida de salario de las trabajadoras embarazadas cuando su trabajo puede afectar negativamente a su salud o a la del feto y no es posible cambiar a un puesto compatible con su estado. En estos casos, el contrato de trabajo queda suspendido.

El subsidio económico equivale al 100 % de la base reguladora de la incapacidad temporal por contingencias profesionales, aplicándose las cotizaciones a la Seguridad Social y las retenciones de IRPF correspondientes.

El derecho a la prestación comienza el mismo día en que se suspende el contrato de trabajo y es abonado por la Mutua durante el tiempo necesario para proteger la salud de la trabajadora y del feto. Finaliza el día anterior al inicio del descanso por maternidad o cuando la trabajadora se reincorpora a su puesto de trabajo.

Una vez solicitada la prestación, la Mutua puede reconocerla de forma inmediata o a partir de una fecha posterior.

Si la Mutua reconoce la prestación con efectos desde una fecha posterior y la trabajadora no está de acuerdo, porque considera que existen riesgos laborales no valorados correctamente, puede presentar una reclamación ante la propia Mutua. El plazo para hacerlo es de 30 días desde la notificación de la resolución.

La Mutua dispone de un mes para responder. Si no lo hace, se entiende que la reclamación ha sido desestimada.

En caso de desestimación expresa o por falta de respuesta, la trabajadora puede presentar una demanda ante el Juzgado de lo Social.

5.6. Denegación de la prestación por riesgo de embarazo por falta de evaluación de riesgos.

Es posible que a la hora de que la trabajadora solicite ante la Mutua la prestación por riesgo durante el embarazo salga a la luz que la empresa no dispone de evaluación de riesgos del puesto de trabajo, por lo que está incumpliendo la normativa en materia preventiva.

Este incumplimiento empresarial supone que la trabajadora no dispone de documentación que acredite los riesgos a los que está expuesta en su puesto de trabajo.

Para solicitar la prestación ante la Mutua, es un requisito indispensable presentar la evaluación de riesgos laborales del puesto de trabajo o un informe del servicio médico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales sobre los riesgos del puesto de la trabajadora embarazada. Si esta documentación no se le facilita a la trabajadora, la Mutua denegará la prestación, quedando la trabajadora y/o el feto desprotegidos frente a los riesgos de su lugar de trabajo.

En estos casos la trabajadora puede denunciar a la empresa ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social por incumplimiento de la normativa en materia preventiva.

Además, la trabajadora podría solicitar en la Mutua que envíen personal para que evalúen sus condiciones de trabajo y así pueda decidir sobre su solicitud de prestación por riesgo durante el embarazo.



REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

6. CONSIDERACIONES PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO TRAS UNA BAJA LABORAL PROLONGADA.

Según el Art 37.3. b) del Reglamento de los Servicios de Prevención, se debe evaluar la salud de los/las trabajadores/as que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los/las trabajadores/as.

Además, según el Art 22. LPRL sobre Vigilancia de la Salud, se establece que el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador/a para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

Hay que indicar que no existe una definición legal sobre el tiempo necesario para que se considere una baja laboral como ausencia prolongada del puesto de trabajo. Pero, por ejemplo, en la Orden ESS/1187/2015, se denominan bajas largas aquellas con una duración superior a 61 días.

A través de la vigilancia de la salud, el personal médico del Servicio de Prevención tiene que determinar si la persona trabajadora que se reincorpora tras una ausencia prolongada debe pasar a considerarse como especialmente sensible a los riesgos de su puesto de trabajo (Art. 25.1 LPRL) y si este fuera el caso, los técnicos del servicio de prevención propondrán las medidas preventivas adecuadas.

Es posible que sea necesaria una adaptación del puesto de trabajo a las nuevas condiciones de salud de la persona trabajadora, si así se determina por parte del servicio médico, en este caso, el empresario deberá implantar las medidas que estimen los técnicos del servicio de prevención.

Si esta adaptación del puesto de trabajo no fuera posible, se cambiará al trabajador/a a otro puesto de trabajo que si pueda desempeñar con garantías para su seguridad y salud.

Por otro lado, si tras el alta por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, la persona trabajadora necesitase rehabilitación, esta computa como tiempo efectivo de trabajo.

Las lesiones permanentes no invalidantes son definidas como cualquier lesión, permanente causada por un accidente de trabajo o una enfermedad reconocida como profesional, que sin llegar a ser a los límites impeditivos de una incapacidad permanente implica la disminución de la integridad física de la persona trabajadora. Estas lesiones no

constituyen técnicamente un grado de incapacidad permanente, porque no repercuten en la capacidad para el trabajo en los parámetros determinados para las mismas.

Esta prestación consiste en una indemnización económica por una sola vez, cuya cuantía está determinada en el baremo que entró en vigor en 2013 para cada tipo de lesión. Este baremo fue aprobado por la Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes. El pago a la persona trabajadora lo debe efectuar la Mutua y esta prestación es compatible con el trabajo, incluso en la misma empresa. El procedimiento lo puede iniciar la propia Mutua o lo puede iniciar la propia persona trabajadora, cumplimentando el modelo de solicitud disponible en el siguiente enlace y adjuntando la documentación requerida y presentando la solicitud ante el INSS:

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/45997>

Una vez realizada la solicitud será el Equipo de Evaluación de Incapacidades (EVI) el que declare la existencia de las lesiones permanentes no invalidantes, en el plazo de 135 días y el Director Provincial del INSS dictará resolución en la que se establecerán las limitaciones y la cuantía de la indemnización. Como se ha dicho anteriormente, el pago lo realiza la Mutua.



BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- 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 39/1997, de 18 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención y sus modificaciones posteriores.
- 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.
- Ley 40/2007, DE 4 de diciembre, de medidas en materia de 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.
- Real Decreto 1148/2011 de 29 de julio. Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

Gabinete Técnico de Prevención de Riesgos Laborales
UGT Asturias
Secretaría Salud Laboral
Pz General Ordóñez 1, Planta 11
33005 Oviedo

