

SERVICIO DE ESTUDIOS DE LA CONFEDERACIÓN
ESTUDIOS

LA INCAPACIDAD TEMPORAL

3 febrero 2021



ESTUDIOS, nº 8 – 3 de Febrero de 2021

DOCUMENTO ELABORADO POR EL SERVICIO DE ESTUDIOS DE LA CONFEDERACIÓN UGT
serviciodeestudios@cec.ugt.org

AUTORA

MANUELA LABORDA IBAÑEZ, Servicio de Estudios de la Confederación UGT

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

LUIS PÉREZ CAPITÁN, Director del Servicio de Estudios de la Confederación UGT

MARÍA HIGINIA RUÍZ CABEZÓN, Coordinadora del Área Jurídica del Servicio de Estudios de la Confederación UGT



ÍNDICE

- **RESUMEN**
- **INCAPACIDAD TEMPORAL. DEFINICIÓN Y REQUISITOS**
 - Breve referencia a la IT por coronavirus
- **LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DERIVADA DE LA SITUACIÓN DE IT**
 - La cuantía a percibir: el porcentaje
 - Reconocimiento de la prestación
- **DURACIÓN, PÉRDIDA, SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO**
 - Duración y prórroga
 - Los mecanismos de comunicación de la IT
 - Pérdida. Suspensión y extinción del derecho
 - Disconformidad con la extinción de la prestación y su problemática
 - Solicitar cambio de contingencia de la IT
 - Efectos de la extinción del contrato laboral durante la IT
- **RELACIÓN CON OTRAS CONTINGENCIAS**
 - IT y nacimiento y cuidado de menor
 - IT y riesgo durante el embarazo
 - IT y riesgo durante la lactancia
- **GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN**
 - Informes complementarios y de control
- **PROPUESTAS DE MEJORA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL**

Resumen

La acción protectora de la Seguridad Social (SS) engloba una serie de prestaciones de contenido económico irrenunciable por sus beneficiarios. El objetivo de estas prestaciones es prever, reparar o superar determinadas situaciones de adversidad o estados de necesidad concretos.

En el ámbito de la Seguridad Social, las prestaciones económicas, eminentemente contributivas, constituyen un derecho de contenido dinerario que, una vez reconocido cuando se reúnen determinadas condiciones, se integra en el patrimonio del beneficiario, por la concurrencia de situaciones protegidas previstas en la Ley. Su regulación básica se encuentra principalmente en los artículos 169 a 176 del 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 (TRLGSS).

En el ámbito de esta misma acción protectora, también cabría mencionar la asistencia sanitaria, la prestación farmacéutica y los servicios sociales que, son: prestaciones en especie, pero tienen una repercusión económica incuestionable, y están reguladas en los artículos 42 al 62 del TRLGSS.

Dentro de esta acción protectora se encuentra la incapacidad temporal, situación en la que se encuentran las personas trabajadoras impedidas temporalmente para trabajar debido a determinadas circunstancias. De conformidad con el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) núm.102 (1952), la incapacidad temporal para el trabajo figura entre las contingencias que deben estar protegidas por los sistemas públicos de seguridad social. Durante la incapacidad temporal se produce la suspensión de la relación laboral, por lo que cesan las obligaciones de trabajar y remunerar el trabajo manteniéndose otras obligaciones, como la de cotizar.

Con este texto, iniciamos el análisis de las diferentes prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, con el ánimo de poner a disposición del lector un análisis asequible pero detallado de aquellas.

En este documento se exponen las características de la incapacidad temporal en sus dos tipos de contingencias, comunes y profesionales, la prestación económica que conlleva y su cálculo y los trámites por los que pasa una persona en situación de incapacidad temporal. Esto es, cómo se gestiona y documenta esta prestación.

Al mismo tiempo se citan algunas sentencias y ejemplos con los que se pretende clarificar esta materia.

Finalmente, se recogen una serie de propuestas abiertas con las que, desde UGT, tratamos de aportar mejoras al sistema de gestión de la prestación y, como consecuencia, a la salud de las personas trabajadoras afectadas por esta situación de incapacidad temporal.

INCAPACIDAD TEMPORAL. DEFINICIÓN Y REQUISITOS

Definición

Según establece el artículo 169 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social¹, la Incapacidad Temporal, (IT) es **la situación en la que se encuentran las personas trabajadoras impedidas temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social.**

También tendrán la consideración de situaciones determinantes de Incapacidad Temporal los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos. De conformidad con la normativa de Seguridad Social, el período de observación sólo puede mantenerse mientras sea necesario para establecer un diagnóstico definitivo².

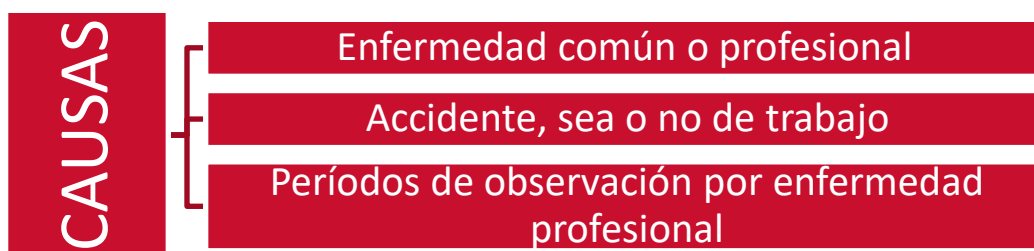


Gráfico nº 1. Fuente: elaboración propia.

Cuando una persona trabajadora se encuentra en situación de IT ve alterada su salud y se ve impedida para trabajar y obtener ingresos por ello, recibe de la Seguridad Social dos tipos de prestaciones:

- Una prestación en especie, en forma de asistencia sanitaria, a través del sistema nacional de salud (o de las entidades colaboradoras).
- Una prestación económica, el subsidio de IT.

¹ Artículo 169 LGSS. Concepto de Incapacidad Temporal.

Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

a) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

b) Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

² STSJ Cataluña 496/1999, de 25 enero.

Tanto las prestaciones sanitarias como las económicas, se darán cuando la situación de IT provenga de una enfermedad común o profesional o de un accidente, sea o no de trabajo.

Exclusiones

Determinadas situaciones no se han considerado por nuestros tribunales constitutivas de incapacidad temporal, al entender que es una **situación no ajena a la voluntad de la persona** (por ejemplo, intervenciones de cirugía estética excluidas del sistema de sanidad pública), como se determina en la siguiente sentencia.

Denegación de la prestación de IT por realizarse voluntariamente cirugía estética excluida de la cartera de servicios de la S.S.

STSJ Aragón 379/2020, de 29 de junio. Sobre las patologías incluidas en la cartera de servicios del Sistema de Seguridad Social

El presente recurso de suplicación trata de una trabajadora a la que le realizan una cirugía excluida de la cartera de servicios del Sistema de Seguridad Social, y de una decisión de intervención personal y voluntaria sin relación con accidente, enfermedad o malformación congénita, sin que se haya declarado probado en la sentencia, la existencia de complicaciones o patologías que aparezcan como efectos secundarios de la intervención quirúrgica. Estableciendo la sentencia que *“se trata de una cirugía excluida de la cartera de servicios del Sistema de Seguridad Social, y de una decisión de intervención personal y voluntaria sin relación con accidente, enfermedad o malformación congénita, sin que se haya declarado probado en la sentencia, la existencia de complicaciones o patologías que aparezcan como efectos secundarios de la intervención quirúrgica”*.

En la misma línea la (STS 21-2-2012 [RJ 2012, 8718]) reseña que *“la cirugía puramente estética, asumida de forma voluntaria y que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita, no solo se encuentra excluida del sistema de la sanidad pública, sin recibir por lo tanto atención sanitaria de la Seguridad Social, sino que en principio tampoco genera el reconocimiento del derecho a obtener un subsidio que cubra el defecto de ingresos producido por la baja temporal en el trabajo, por la sencilla razón de que no satisface el requisito constitutivo de derivarse de una contingencia de enfermedad, común o profesional, o de accidente”*.

En cambio, recientemente, hemos podido analizar una visión más abierta sobre la denegación de la prestación de IT, en la que no depende de que la intervención médica se lleve a cabo por la sanidad pública, lo que supone que puede haber intervenciones médicas realizadas por la sanidad privada siempre que se cumplan los principales requisitos para el pago de la prestación de IT, esto es, que estemos en **presencia de una enfermedad y, que sea una situación incapacitante para el trabajo**.

Abono de la prestación de IT a pesar de realizar intervención quirúrgica en clínica privada.

STS 46/2020, de 8 de enero de 2020. Sobre la determinación del derecho a la prestación de IT por intervención voluntaria en clínica privada, no estando la intervención quirúrgica comprendida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

El presente recurso de suplicación trata de una trabajadora a la que le realizan una cirugía excluida de la cartera de servicios del Sistema de Seguridad Social. Se trata de una operación quirúrgica en ambos ojos consistente en extracción del cristalino con implante de lentes intraoculares al objeto de eliminar la presbicia y la hipermetropía con astigmatismo que padecía.

La Sentencia determina que se dan los dos requisitos básicos para poder acceder a la prestación, esto es, situación incapacitante y tratamiento médico. Por lo tanto, estamos ante una enfermedad, aunque el tratamiento no lo cubra la Seguridad Social, y esta enfermedad conlleva a una situación incapacitante para realizar el trabajo. Nos encontramos ante una patología ocular configuradora de enfermedad, si bien es cierto, que la trabajadora ha decidido realizar un tratamiento que no está cubierto por el sistema nacional de salud, lo que no implica no tenga derecho a la prestación de IT.

El Alto Tribunal, hace referencia a la de la STS de 21 de febrero de 2012, que hemos expuesto en el cuadro de sentencias anterior, diciendo que *“en dicho supuesto, al contrario del que aquí examinamos, nos enfrentamos ante una intervención quirúrgica que no derivaba de ningún accidente, laboral o no, de ninguna enfermedad ni de malformación congénita de clase alguna. Se trataba de una intervención de cirugía estética que, por ende, no guardaba ningún tipo de relación con aspecto alguno de la salud de la trabajadora que hubiera hecho aconsejable la misma. Por ello la Sala entendió que estábamos en presencia de una cirugía puramente estética, excluida del sistema de la sanidad pública y cuyas consecuencias derivan de una decisión personal que nada tenía que ver con la salud...”*.

Requisitos

Conforme a lo dispuesto en el artículo 172 del TRLGSS, **serán beneficiarios del subsidio por incapacidad temporal las personas integradas en el Régimen General de la Seguridad Social que se encuentren en cualquiera de las situaciones determinadas en el artículo 169 del citado texto legal**, siempre que reúnan, las siguientes condiciones:

- **Estar afiliadas y en alta** en el Régimen General de la Seguridad Social o en situación asimilada al alta, al sobrevenir la contingencia o situación protegida, salvo disposición legal expresa en contrario, conforme al artículo 165.1 del TRLGSS.

- **En caso de enfermedad común, que hayan cumplido un período de cotización de 180 días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante.**

Acceso a la prestación de IT por cumplir el requisito de carencia no cubierto en fecha anterior.

STS 10031/1998, de 24 noviembre . *Sobre el período mínimo de cotización de 180 días se computa por "días cuota" y no por días realmente trabajados*

En esta sentencia, se trata de determinar si la acumulación sucesiva en el tiempo de iguales procesos patológicos -no interrumpidos por realización de actividad laboral superior a seis meses desde la última recaída- que no determinaron administrativamente, en la primera baja, el derecho a la prestación económica de incapacidad temporal por inexistencia de sus requisitos -falta de carencia en la sentencia recurrida- impiden o no el reconocimiento del citado subsidio temporal cuando en una baja posterior, se reúnen por el beneficiario los presupuestos habilitantes para el reconocimiento de la citada situación de incapacidad temporal.

La norma exige el requisito general de encontrarse en situación asimilada al alta y, caso de enfermedad común, haber cumplido un período de cotización de 180 días, dentro de los cinco años inmediatamente anteriores.

Resuelve el Tribunal que cabe reconocer la situación de incapacidad temporal pretendida, a partir de la fecha de baja, que se produjo en 19 de marzo de 1995; momento en que el recurrente reunía todos los requisitos para el acceso a la prestación litigiosa. Resultaría contrario al artículo 41 de la Constitución Española y al de proporcionalidad, consagrar una doctrina expresiva de que, denegada una prestación de incapacidad temporal por no reunir en el momento de la primitiva baja por enfermedad común el requisito de carencia o alta, tal defecto inicial se prolonga indefinidamente en el tiempo futuro sin posibilidad para el beneficiario de acceso al reconocimiento de la situación y prestación económica una vez cumplidos los requisitos habilitantes, máxime cuando tratándose de Seguridad Social pública, los preceptos que puedan restringir derechos individuales, deben ser interpretados de forma restrictiva (SSTS 9 junio 1997 [RJ 1997\4697]) y, en el caso examinado, ninguna norma existe que prohíba acceder al reconocimiento de una situación de incapacidad temporal, a quien en la fecha de la última baja por enfermedad que le origine impedimento para trabajar, cumple con el requisito de carencia que no cubrió en una anterior fecha de baja por la misma dolencia.

- **En caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exigirá ningún período previo de cotización.**

A modo de ejemplo, podemos ver que los requisitos para el acceso a la prestación son, en caso de enfermedad común: Tener cotizados 180 días en los 5 años anteriores al suceso.

EJEMPLO REQUISITOS ACCESO CONTINGENCIAS COMUNES

Una persona trabajadora, afiliada y en alta desde el 9 de febrero de 2020, que cause baja por enfermedad común el 10 de abril de 2020, no tendría derecho a la prestación de IT al no reunir el periodo mínimo de cotización.

En caso de enfermedad profesional y accidente laboral o no laboral: No se exige periodo previo de cotización.

EJEMPLO REQUISITOS ACCESO CONTINGENCIAS PROFESIONALES

La misma trabajadora, si la causa de la baja hubiera sido una enfermedad profesional o un accidente laboral o no laboral, sí tendrá derecho a la prestación.

Por lo tanto, accederán a la prestación todas las personas trabajadoras incluidas en el Régimen General de la S.S. que reúnan las condiciones recién citadas y estén en alta o situación asimilada.

Cuando la IT derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, las personas trabajadoras se considerarán de pleno derecho afiliadas y en situación de alta, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones.

Se consideran situaciones asimiladas a la de alta:

- La percepción de la prestación por desempleo de nivel contributivo³.
- Traslado por la empresa fuera del territorio nacional.
- Convenio especial de diputados y senadores y de gobernantes y parlamentarios de Comunidades Autónomas.
- Periodos de reincorporación al trabajo de los trabajadores fijos discontinuos, si procediera su llamamiento por antigüedad y estuvieran en IT⁴.
- El periodo que corresponda a vacaciones anuales retribuidas que no hayan sido disfrutadas con anterioridad a la finalización del contrato⁵.

³ Sobre situación de alta o asimilada al alta, la SSTS 9397/2007, de 16 octubre, reseña que la situación de desempleo en el nivel asistencial no puede entenderse asimilada al alta a los efectos de lucrar las prestaciones económicas por incapacidad temporal.

⁴ Se ha calificado como situación asimilada al alta la percepción del subsidio de desempleo por parte de una trabajadora fija discontinua (STSJ de Andalucía de 16 de junio de 1999).

⁵ Corresponde el pago del subsidio generado durante este período a la entidad que debía hacer frente al mismo durante la vigencia del contrato, y, por consiguiente, dicho subsidio podría correr a cargo de la mutua y, así se reseña en la STS de 18 de septiembre de 2007 y en la STS de 21 de febrero de 2008.

- Huelga legal o cierre patronal.

En el caso de personas trabajadoras contratadas a tiempo parcial, se computarán las cotizaciones efectuadas en función de las horas trabajadas calculando su equivalencia en días teóricos de cotización y se calculará el coeficiente global de parcialidad sobre los últimos cinco años.

Cuando se lleve a cabo simultáneamente más de una actividad a tiempo parcial, se sumarán los días teóricos de cotización acreditados en las diferentes actividades, tanto en las situaciones de pluriempleo como en las de pluriactividad en las que deba aplicarse el cómputo recíproco.

En ningún caso, podrá computarse un número de días cotizados superior al que correspondería si la prestación de servicios se hubiera hecho a tiempo completo.

BREVE REFERENCIA A LA IT POR CORONAVIRUS

Durante la pandemia, ante la grave situación sanitaria que se estaba viviendo en nuestro país, la prestación por IT se amplió a los períodos de aislamiento preventivo por el coronavirus (SARS-CoV-2), conforme al criterio emitido por el INSS a comienzos de marzo de 2020⁶, aplicándose a las situaciones de aislamiento preventivo producidas desde la detección del coronavirus (esta protección ya se había producido anteriormente por infecciones ocasionadas por otros virus). El artículo quinto del Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública, consideró, con carácter excepcional, el contagio por coronavirus como situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, a aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocado por el virus Covid-19, requiriéndose para causar el derecho únicamente que se esté en alta en la fecha del hecho causante, no se exige periodo de carencia, (en el momento en el que se acuerde el aislamiento o enfermedad del trabajador) sin perjuicio de que el parte de baja se expida con posterioridad a ese día.

Con el mismo carácter excepcional, con efectos desde el inicio de la situación de restricción de la salida o entrada a un municipio, y mediante el correspondiente parte de baja, se extenderá esta protección a aquellas personas trabajadoras que se vean

⁶ El Criterio 4/2020 de la DGOSS, en relación a los periodos de aislamiento o contagio por el covid-19 anteriores a la entrada en vigor del artículo quinto, que tendrán efectos retroactivos, lo que significa que los periodos de aislamiento o contagio que se hayan producido con anterioridad al 12 de marzo (fecha de entrada en vigor del RDL 6/2020), la aplicación de lo dispuesto en el artículo quinto se producirá de forma retroactiva a la fecha en la que se haya acordado el aislamiento o diagnosticado el contagio. De manera que la prestación económica por incapacidad temporal que se hubiera causado deberá considerarse como situación asimilada a accidente de trabajo.

obligadas a desplazarse de localidad para prestar servicios, siempre que por la autoridad competente se haya acordado restringir la salida, o la entrada, de personas del municipio donde dichas personas trabajadoras tengan su domicilio, o donde la empresa tenga su centro de trabajo en el caso de que la persona trabajadora tenga su domicilio en otro municipio, y les haya sido denegada de forma expresa la posibilidad de desplazarse por la autoridad competente, no puedan realizar su trabajo de forma telemática por causas no imputables a la empresa para la que prestan sus servicios o a la propia persona trabajadora y no tengan derecho a percibir ninguna otra prestación pública.⁷

Posteriormente, la consideración como accidente de trabajo se plasma normativamente en la Disposición Final Primera del Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril, que mantiene, con carácter excepcional, la situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, de los periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocados por el virus Covid-19, pero matiza que cuando se pruebe que el contagio de la enfermedad se ha contraído con causa exclusiva en la realización del trabajo en los términos que señala el art. 156 del TRLGSS, recibirá la calificación de accidente de trabajo.⁸

Por otro lado, destacar el Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y seguridad social y tributarias para paliar los efectos del Covid-19, que establece en su artículo 9, que las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV-2 durante el estado de alarma, tendrán consideración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral. Esto implica que desde el día 28 de mayo la emisión de los partes de baja y alta se realizará por la Mutua colaboradora con la Seguridad Social que corresponda. En cuanto al Real Decreto-ley 28/2020, de 22 de septiembre, de trabajo a distancia, en su Disposición adicional cuarta, establece la continuidad de la consideración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo en este personal, hasta que las autoridades sanitarias levanten todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19.

⁷ El Real Decreto-ley 28/2020, de 22 de septiembre, de trabajo a distancia, en su Disposición final décima, modifica el Artículo 5 del Real Decreto-ley 6/2020, para establecer la continuidad de la consideración excepcional como situación asimilada a accidente de trabajo de los periodos de aislamiento, contagio o restricción en las salidas del municipio donde tengan el domicilio o su centro de trabajo las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19.

⁸ Para más información sobre la IT y el coronavirus ver el documento del Servicio de Estudios Confederal (SEC): [La incapacidad temporal durante la pandemia del COVID-19 \(servicioestudiosugt.com\)](https://servicioestudiosugt.com/)

Podemos destacar sobre esta prestación, que la regulación la considera asimilada al accidente de trabajo exclusivamente para la prestación económica del sistema de Seguridad Social y, por tanto sus efectos son que su abono se hará 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, y que, para el cálculo de la base reguladora usada se incluye la media diaria de la cotización por horas extraordinarias del año inmediatamente anterior al hecho causante y el porcentaje aplicable será del 75% de la base reguladora desde el primer día.

Finalmente, se publica el Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico, en el que, tras numerosas reivindicaciones sindicales, se decide considerar que el contagio por Covid-19 entre personal sanitario y socio sanitario pase a considerarse como enfermedad profesional con efectos retroactivos.⁹

Este cambio de calificación es importante para las personas trabajadoras del sector sanitario y socio sanitario, no sólo por una razón de justicia, sino porque las repercusiones o secuelas que puede tener la enfermedad serán mejor tratadas, tanto a efectos económicos futuros, como a efectos de la salud:

- Las enfermedades profesionales deben tener un especial seguimiento, con reconocimientos médicos previos y periódicos obligatorios, con sus correlativas responsabilidades por falta de cumplimiento (artículos 243 y 244 LGSS).
- Se considera como incapacidad temporal los períodos de observación por enfermedad profesional (tiempo necesario para el estudio médico de la

⁹ Artículo 6 RD Ley 3/2021. Prestaciones causadas por las y los profesionales de centros sanitarios y socio sanitarios que durante la prestación de servicios sanitarios o socio sanitarios han contraído el virus SARS-CoV-2 en el ejercicio de su profesión

1.El personal que preste servicios en centros sanitarios y sociosanitarios inscritos en los registros correspondientes que, en el ejercicio de su profesión, durante la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios, haya contraído el virus SARS-CoV- 2, dentro del periodo comprendido desde la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud hasta el levantamiento por las autoridades sanitarias de todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el mencionado virus SARS-CoV-2, tendrá las mismas prestaciones que el sistema de la Seguridad Social otorga a las personas que se ven afectadas por una enfermedad profesional.

2. Los servicios de prevención de riesgos laborales deberán emitir el correspondiente informe donde se haga constar que en el ejercicio de su profesión ha estado expuesto al virus SARS-CoV-2 por la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios.

3. Una vez acreditado el contagio del virus en el ámbito temporal establecido en el apartado 1, y aportado el informe previsto en el apartado 2, se presumirá, en todo caso, que el contagio se ha producido en el ejercicio de su profesión en la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios.

4. La entidad responsable de dichas prestaciones será aquella que cubriera las contingencias profesionales en el momento de producirse la baja médica por contagio de la enfermedad.



enfermedad profesional cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo), con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

- La calificación como accidente de trabajo iba asociada a una limitación temporal de 5 años desde el contagio, en los casos de fallecimiento a causa de la Covid-19, entre el personal sanitario y socio sanitario. Con este cambio normativo, esta limitación temporal desaparece.

Así pues, ha mejorado la calificación de las patologías derivadas de la Covid-19 como enfermedad profesional para el personal sanitario y socio sanitario, pero no lo ha hecho para otros colectivos para los que también, el contagio por Covid-19 debería considerarse como enfermedad profesional. Estos colectivos son las profesiones que vienen recogidas en el Anexo 1 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, concretamente, aquellas encuadradas en el Grupo 3 (agentes biológicos), agente A, subagente 01, *“enfermedades profesionales las infecciosas causadas por agentes biológicos por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección”*, que se relacionan a continuación:

- Personal de laboratorio.
- Personal no sanitario, trabajadores de centros asistenciales o de cuidados de enfermos, tanto en hospitales, ambulatorios como en instituciones cerradas o a domicilio.
- Personal de ambulancia.
- Trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos.
- Trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados.
- Odontólogos.
- Personal de auxilio.
- Trabajadores de centros penitenciarios.
- Personal de orden público.

En el siguiente cuadro vamos a ver el número de prestaciones que se han pagado por IT Covid-19 desde mediados de febrero hasta mediados de noviembre de 2020 y hasta enero de 2021, tanto por personas contagiadas como por personas que han sido aisladas. El número de prestaciones por aislamiento representa entre el 68% y el 71% del total de los casos, por lo que, si dividimos el número de casos por contagio por los días de pandemia, hasta la primera fecha de explotación de los datos, obtenemos una media de aproximadamente 2.560 casos diarios y, de 3.079 casos diarios en la segunda

fecha de explotación. Vemos como, de noviembre de 2020 a enero de 2021, han incrementado los casos por contagio.

FECHA	TOTAL AFILIADOS EN ACTIVO*	TOTAL PROCESOS	INFECCIÓN	AISLAMIENTO	PROCESOS FINALIZADOS	PROCESOS ACTIVOS
NOVIEMBRE 2020	18.922.390	2.395.684	683.343	1.712.305	2.206.151	189.497
ENERO 2021	18.922.390	3.331.761	1.047.092	2.284.669	3.048.775	282.986

Cuadro nº 1. Fuente: elaboración propia, con datos del INSS. Fecha de la explotación 11/11/2020 y 27/01/2021.

*No se han tenido en cuenta los perceptores de nivel contributivo de desempleo y este dato es a enero de 2020.

DIFERENCIAS ENTRE CONTINGENCIAS COMUNES Y CONTINGENCIAS PROFESIONALES



Gráfico nº 2. Fuente: elaboración propia.

La diferenciación legal entre contingencias profesionales y comunes, además de los periodos de observación es significativa porque las personas trabajadoras cobran su prestación en función de la base reguladora, como veremos más adelante y, que se determina en función del origen de la situación de incapacidad.

Las **prestaciones derivadas de contingencias profesionales** difieren de las comunes, no sólo en cuanto a los requisitos precisos para causar derecho a las mismas, sino también en cuanto a la **mayor protección que dispensan** ya que, ofrecen un tratamiento más favorable que en la incapacidad debida a enfermedad común o accidente no laboral.

	IT POR ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL	IT POR ACCIDENTE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL
INICIO	Desde el día 4º de la baja.	Desde el día siguiente a la baja laboral.
COBRO	El cuarto día de la baja hasta el día veinte cobra el 60 % y a partir de los veintiún días de baja pasa a cobrar el 75%.	Cobrar el 75% de su base reguladora.
PERÍODO DE CARENCIA	Sí que se debe acreditar un periodo mínimo de cotización: 180 días en los 5 años anteriores a la baja.	No es necesario el tener un periodo de tiempo mínimo cotizado.
BASE REGULADORA	La de la nómina del mes anterior a la baja: base de cotización por contingencias comunes.	La base reguladora por contingencias profesionales que incluye el promedio de lo percibido en concepto de horas extraordinarias en los últimos 12 meses.
TRÁMITES	Servicio público de salud.	Seguridad Social o la Mutua.
ENTIDAD RESPONSABLE	Con cargo al servicio público de salud. O la Mutua Colaboradora o Entidad Gestora con la que la empresa tenga concertada la cobertura de contingencias comunes.	Con cargo a la Mutua Colaboradora o Entidad Gestora con la que la empresa tenga concertada la cobertura de AT y EP.

Cuadro nº 2. Fuente: elaboración propia.

A continuación, un interesante ejemplo de la consideración de un suceso como contingencia profesional y la diferenciación de la común, así como del juego de la presunción a favor de la existencia de accidente de trabajo.

Calificación de accidente no laboral por no producirse en el lugar de trabajo.

STS 1428/2020, de 14 de mayo. *Sobre la delimitación entre contingencia profesional o derivada de enfermedad común. Finalmente, calificada como común*

El presente recurso de casación para la unificación de doctrina trata el problema relativo a la determinación de la etiología u origen del proceso de incapacidad temporal que inició el trabajador recurrente, a los efectos de su encuadramiento como contingencia profesional o derivada de enfermedad común. Para resolver la controversia así planteada resulta relevante traer aquí el desarrollo de los sucesos vinculados con la patología sufrida por el trabajador, desde el propio relato de los hechos probados que se contiene en la sentencia de instancia, y de los que cabe resumir lo siguiente:

- a) El demandante prestaba servicios como mecánico montador en turnos variables de mañana, tarde y noche.
- b) El día 21 de diciembre de 2015, a las 20 horas -dos antes de iniciar su turno de noche establecido a las 22- sintió en su domicilio de Langreo dolor intenso y opresivo en la región torácica, irradiado a las extremidades superiores, episodio acompañado de sudoración.
- c) Se dirigió al centro de trabajo sito en Avilés conduciendo su automóvil e inició su jornada a las 22.00 horas como estaba previsto.
- d) Durante su jornada comunicó al jefe de equipo que se encontraba mal, a pesar de lo que continuó trabajando hasta las 5.27, hora en la que se ausentó del centro de actividad, poco antes de la finalización del turno, prevista para las 6.00 horas.
- e) Condujo su automóvil hasta Langreo, y como persistieran las molestias, acudió al centro de salud, donde le derivaron al Hospital Valle de Nalón, y le diagnosticaron un infarto agudo de miocardio.
- f) A las 17 horas del día siguiente, 22 de diciembre, se le practicó en el Hospital de Cabueñes una revascularización para solucionar la estenosis severa de la rama coronaria descendente anterior diagnosticada, iniciando un periodo de incapacidad temporal por enfermedad común.

El trabajador entendía que el origen de su situación de incapacidad temporal era profesional, planteando demanda en tal sentido, que fue desestimada por la sentencia del Juzgado de lo Social 2 de Oviedo de 9/01/2017 y posteriormente por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en la sentencia de 29 de junio de 2017.

En casación, **también es desestimada su petición porque la sentencia de contraste y las precedentes que cita para aplicar la presunción del art. 115.3 LGSS, del dato decisivo de que el episodio cardíaco se inició en el puesto de trabajo, en tiempo y lugar de trabajo.** Es ese el mismo factor determinante que se pone de relieve en la STS de 4 de abril de 2018 (rcud. 2191/2016), en la que se excluye precisamente la presunción de laboralidad porque el episodio no se inició en el trabajo, sino con anterioridad. De ello se deduce que ese es precisamente el factor diferencial relevante entre la sentencia recurrida y la de contraste, pues en la primera el episodio vascular se produjo antes del inicio de la jornada laboral y en la de contraste tuvo lugar en tiempo y lugar de trabajo, como exige el art. 115.3 LGSS para que la presunción surta el efecto normativamente previsto.

Dadas las diferentes repercusiones que tiene la calificación como enfermedad o accidente común o como profesional, no es extraño que haya controversias, siendo en última instancia el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI), quien tiene la capacidad de valoración, calificación y determinación de las contingencias y, por lo tanto, de calificar el supuesto en cuestión como enfermedad común (Contingencia Común) o, por el contrario, causada con ocasión del trabajo (Contingencia Profesional).

Accidente no laboral y enfermedad común. El artículo 158 del TRLGSS, define el concepto de los accidentes no laborales y de las enfermedades comunes, esto es, de las denominadas contingencias comunes “a sensu contrario”. **Se considera accidente no laboral a las lesiones corporales que no son consideradas como accidente laboral** y generalmente deriven de una causa súbita, externa y violenta. Se entiende como enfermedad común la situación que tiene una persona trabajadora, sea por cuenta propia o por cuenta ajena, como consecuencia de tener una enfermedad, que no esté considerada laboral, la cual, necesitará asistencia sanitaria y no se encontrará en disposición de poder trabajar.

Enfermedad profesional. Para saber si se trata de una enfermedad profesional (contingencia profesional) se atiende a lo establecido en el art. 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, TRLGSS, que define la enfermedad profesional como «aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena».

Es importante destacar que para ser considerada enfermedad profesional tiene que aparecer descrita como Enfermedad Profesional en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, ya que legalmente no toda enfermedad de trabajo es considerada profesional, sino únicamente aquella que está tipificada como tal en la citada norma.



No obstante, hay reciente jurisprudencia del Tribunal Supremo por la que se califica como enfermedad profesional determinado síndrome padecido por una trabajadora, rompiendo el tradicional y rígido esquema de listado profesional y enfermedad.

Calificación como enfermedad profesional por síndrome que no está recogido como enfermedad profesional para la profesión de la trabajadora.

STS 122/2020, de 11 de febrero. Reconocimiento de enfermedad profesional de dolencia no adscrita a una profesión en el listado de enfermedades profesionales

La STS recuerda que el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, aprobó el actual cuadro de enfermedades profesionales al que se refiere el artículo 157 (antiguo 116) de la LGSS optando por seguir el sistema o modelo de "lista" para la determinación de la existencia de una enfermedad profesional.

En este caso, se trata de una trabajadora de profesión camarera de pisos, que sufre el Síndrome del túnel carpiano, citado en el listado de enfermedades profesionales en el Anexo I, grupo 2, agente F, subagente 02, actividad 01, código 2F0201 para determinados trabajos, entre los que no incluye el de camarera de pisos.

Pues bien, el Tribunal Supremo **determina que, la circunstancia de no integración explícita de la profesión de camarera de pisos en la enumeración desglosada del RD 1299/2006, no excluye en modo alguno, que el síndrome del túnel carpiano asociado a las tareas que componen el haz profesional (en este caso de una camarera de pisos) pueda conllevar la calificación de enfermedad profesional, como en su caso, podrían tener encaje otras profesiones o actividades**, puesto que el adverbio "como" indica, sin lugar a dudas, que se trata de una lista abierta. Lo trascendente es que, como se especifica en el Anexo 1, se efectúen *"trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano"*.

Así pues, el Alto Tribunal concluye que las tareas realizadas por la trabajadora **exigen en su ejecución, la realización de movimientos de extensión y flexión de la muñeca forzados, movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano, con la sobrecarga de muñeca que ello implica, y con la intensidad y repetitividad necesarias para generar la patología del síndrome del Túnel Carpiano, por lo que resuelve en favor de la trabajadora demandante, calificando como enfermedad profesional el síndrome de túnel carpiano bilateral padecido por ésta y que dio origen al período de Incapacidad Temporal.**

[Servicio de estudios: 'Comentario STS 122-2020 enfermedad profesional' \(servicioestudiosugt.com\)](http://servicioestudiosugt.com)



Por ello, en principio, parece que solo aquellas enfermedades que se recogen de forma taxativa en la norma serán consideradas como enfermedades profesionales con la protección que se deriva de su reconocimiento, mientras que aquellas que, aun siendo contraídas exclusivamente por la realización del trabajo, no sean reconocidas por la norma como enfermedades profesionales únicamente tendrán la calificación de accidente de trabajo. Son las comúnmente conocidas como “enfermedades del trabajo” de conformidad con el artículo 156.2.e) y f)¹⁰.

Accidente de trabajo. Finalmente, se entiende por accidente de trabajo, de conformidad con el artículo 156 del TFLGSS, toda lesión corporal que la persona trabajadora sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena y, se presume, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra la persona trabajadora durante el tiempo y en el lugar del trabajo. La doctrina ha corroborado el nexo de unión entre lesión y trabajo cuando las lesiones son manifestadas durante la jornada laboral en el lugar de trabajo¹¹.

A modo de ejemplo exponemos las Sentencias siguientes en las que se considera tiempo de trabajo el “tiempo de descanso para el bocadillo”, junto con otras, en las que se considera accidente de trabajo los hechos acaecidos durante el tiempo de la comida.

¹⁰ e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

¹¹ MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades del trabajo*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2002, págs. 64 y ss.

Ejemplo sobre la consideración del tiempo de trabajo.

STS 5612/2014, de 10 de diciembre. Consideración de accidente de trabajo los hechos acaecidos durante el tiempo de la comida

La Sala de lo Social del TS ha dictado esta sentencia en la que considera accidente laboral la lesión sufrida, súbitamente, por un trabajador durante el descanso de la comida.

Es una situación de incapacidad permanente derivada de accidente de trabajo y la incapacidad temporal producida por la hemorragia cerebral sufrida en la pausa de descanso para comer, cuando previamente, durante el tiempo y lugar de trabajo, se había sentido indispuesto. La sentencia determina el momento en el que se produjo la hemorragia cerebral del trabajador, esto es, durante su jornada laboral (tenía horario de mañana con una hora y cuarto para comer) sintió un malestar y se lo comentó a sus compañeros de trabajo. No obstante, siguió trabajando hasta la hora de comer, momento en el que sufrió una hemorragia cerebral. Por lo que el Alto Tribunal, en aplicación de reiterada doctrina considera que el hecho ha de ser calificado de accidente de trabajo, aunque existiera una malformación congénita arterio-venosa previa, no excluye la calificación del suceso como accidente de trabajo de conformidad con la presunción del artículo 115.3 de la LGSS.

Ejemplo sobre la consideración de tiempo de trabajo.

STS 670/2020, de 16 de julio. Consideración de accidente de trabajo los hechos acaecidos durante el tiempo de “pausa para el bocadillo”

La Sala de lo Social del TS ha dictado esta sentencia en la que considera accidente laboral la lesión cardiovascular sufrida, súbitamente, por un trabajador durante el descanso de la “**pausa del bocadillo**”, al estar incluido en la jornada laboral según el convenio de su empresa.

El Tribunal destaca que el breve descanso durante el que sobreviene la lesión es tiempo de trabajo tanto a efectos de la jornada (por previsión convencional) como de la presunción de laboralidad, recogida en el artículo 156.3 de la Ley General de la Seguridad Social. Dicho artículo dispone que se presuma, salvo prueba en contrario, que son constitutivos de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo.

La Sala explica que el Estatuto de los Trabajadores -artículo 34.4- contempla la existencia de esta pausa de una duración no inferior a quince minutos cuando la jornada diaria continuada exceda de seis horas, y que se contabilizará como tiempo de trabajo efectivo cuando así esté establecido o se establezca por convenio colectivo o contrato de trabajo.

La sentencia, afirma que este “periodo de descanso” debe disfrutarse necesariamente en algún momento intermedio de la jornada, como corresponde a su naturaleza de interrupción de la actividad con la finalidad de recuperarse de la fatiga y reanudarla en mejores condiciones físicas, pero no al principio ni al final de aquélla, porque en tal caso no se trataría ya de un descanso, sino de una simple reducción de jornada.

Añade que así se realza “el carácter de seguridad y salud laboral asociado al mismo. Es decir, hay una implícita conexión con el esfuerzo (físico y mental) de quien presta su actividad; por otro lado, la breve duración y, sobre todo, la necesidad de reanudar inmediatamente la actividad productiva sugiere que estamos ante un tiempo vinculado al contenido del contrato de trabajo”. Esta última idea, según la sentencia, es seguramente, la que explica la extraña fórmula legal conforme a la cual se considera tiempo de trabajo, pero solo si así se pacta (de forma colectiva o individual).

Del mismo modo, se incluye también el accidente “in itinere”, que son las lesiones que se producen en el trayecto habitual entre el lugar de trabajo y el domicilio de la persona trabajadora y viceversa. Desde el punto de vista técnico - preventivo, accidente de trabajo es todo suceso anormal, no querido ni deseado, que se presenta de forma imprevista, interrumpiendo la normal continuidad del trabajo y puede causar lesiones a las personas. Por ello, el accidente de trabajo, tal y como se repite en la jurisprudencia debe ocurrir en el lugar de trabajo y durante el tiempo de trabajo, además de ser un hecho inesperado, súbito, violento y rápido. Un buen ejemplo de la consideración de accidente de trabajo y su interpretación jurisprudencial puede verse en el Repertorio de Jurisprudencia sobre accidentes de trabajo, de marzo de 2020 del Servicio de Estudios de la Confederación (SEC)¹².



Gráfico nº 3. Fuente: elaboración propia.

¹² [Servicio de estudios: 'El accidente de trabajo' \(servicioestudiosugt.com\)](http://servicioestudiosugt.com)

LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DERIVADA DE LA SITUACIÓN DE IT

La prestación económica por incapacidad temporal trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando la persona trabajadora, debido a una enfermedad o accidente, está imposibilitada temporalmente para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esta prestación económica está incluida dentro de la acción protectora del Régimen General y de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social y consiste en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora (BR) variable en virtud del tiempo de permanencia y de la contingencia (enfermedad común o accidente de trabajo o enfermedad profesional).

La prestación por incapacidad temporal viene a cubrir la ausencia de salario por no poder trabajar

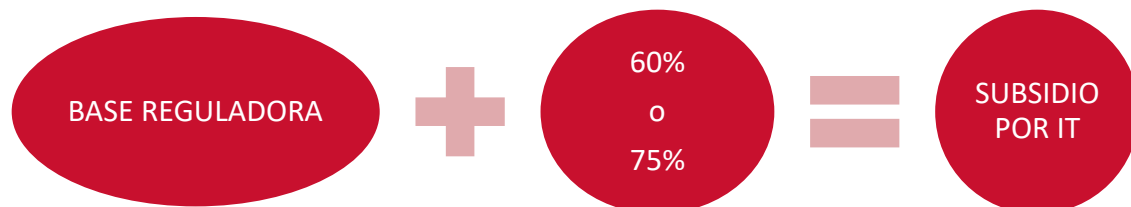


Gráfico nº 4. Fuente: elaboración propia.

En los casos de enfermedad común y accidente no laboral, la base reguladora se obtiene de dividir la base de cotización a la Seguridad Social del mes anterior al de la fecha de iniciación de la situación de la incapacidad temporal entre 30, si el salario es mensual y si no ha trabajado el mes anterior entero, entre los días cotizados. Si la persona trabajadora ha ingresado en la empresa el mismo mes en que se inicia la situación de incapacidad temporal, la base de cotización utilizada es la de ese mes, debiendo dividirse entre el número de días cotizados de conformidad con el artículo 171 del TRLGSS. Si el salario es diario, se dividirá entre los días correspondientes.

BASE REGULADORA: Base de cotización de contingencias comunes del mes anterior/30 o nº días cotizados.

En los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la base reguladora se obtiene de la cotización a la Seguridad Social por contingencias profesionales del mes anterior **sin horas extraordinarias dividida entre los días cotizados, pero añadiendo la cotización de las horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días.**

BASE REGULADORA: Base de cotización de contingencias profesionales del mes anterior/30 o nº días cotizados + horas extras 12 meses anteriores a la baja/365.



- Situaciones de pluriempleo: Se computan todas las bases de cotización de las empresas, con el límite del máximo de cotización.
- Para trabajadores contratados a tiempo parcial, cualquiera que sea la duración de la prestación de servicios: La base reguladora diaria será el resultado de dividir la suma de las bases de cotización a tiempo parcial acreditadas desde la última alta laboral, con un máximo de 3 meses inmediatamente anteriores al del hecho causante, entre el número de días naturales comprendidos en el periodo y se abonará todos los días naturales en los que el trabajador se encuentre de baja de conformidad con el art. 248 del TRLGSS.

BASE REGULADORA: Base de cotización de 3 meses anteriores/días naturales de 3 meses anteriores. Por ejemplo, para una persona trabajadora que tiene un contrato a tiempo parcial, con una base de cotización de 850 euros al mes sería:

$$850+850+850/31+30+31= 2550/92= \text{Base Reguladora de } 27,72\text{€ día.}$$

- En el caso de los trabajadores fijos discontinuos, la base reguladora debe calcularse computando tanto las cotizaciones efectuadas por la empresa en los periodos de actividad como las cotizaciones efectuadas por la entidad que abona las prestaciones por desempleo en los periodos de inactividad.

Ejemplo de determinación de base reguladora en trabajador fijo discontinuo.

STS 5205/2014, de 22 de julio. Sobre la base reguladora

La cuestión litigiosa se centra en determinar la forma de cálculo de la base reguladora en supuesto de Incapacidad Temporal, siendo el trabajador fijo discontinuo que presta servicios y percibe prestaciones por desempleo, y el pago de la prestación asumido por la Mutua. Se cuestiona si deben computarse las cotizaciones efectuadas por la empresa en periodos de tiempo trabajados o también las cotizaciones efectuadas por la entidad que abona las prestaciones por desempleo durante los periodos de inactividad.

Reseña la Sentencia que tratándose de un trabajador "fijo discontinuo" (equiparado a contratado a tiempo parcial según el preámbulo del RD. 1131/2002) no pueden entenderse excluidas en el presente caso las cotizaciones efectuadas por el propio Instituto Nacional de Empleo, toda vez que el art. 214.1 LGSS determina que la entidad gestora ingresará las cotizaciones a la seguridad social, asumiendo la aportación empresarial.

A mayor abundamiento y a falta de previsión legal expresa, sobre si deben computarse las cotizaciones efectuadas por la empresa en periodos de tiempo trabajados o también las cotizaciones efectuadas por la entidad que abona las prestaciones por desempleo durante los periodos de inactividad, en el concreto supuesto examinado, nos conduce a entender que son aplicables las mismas normas que al trabajador denominado "a tiempo completo", con lo cual para la resolución del concreto supuesto examinado, habrán de computarse las cotizaciones efectuadas por la empresa y las efectuadas durante el percibo de la prestación por desempleo contributivo por el Instituto Nacional de Empleo en sustitución empresarial, pues la contingencia de incapacidad temporal está incluida dentro de la acción protectora a la que puede accederse en activo y en la situación de desempleo, por lo que sin perjuicio de las especialidades legales de los trabajadores a tiempo parcial, es inaceptable la pretensión de que tales cotizaciones no se computen.

A efectos de la IT, se computarán incrementadas hasta el 100 por 100 de la cuantía que hubiera correspondido si se hubiera mantenido sin reducción la jornada de trabajo las cotizaciones realizadas durante la reducción de jornada por cuidado de menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave de conformidad con el artículo 237.3 del TRLGSS.

LA CUANTÍA A PERCIBIR: EL PORCENTAJE

- En los casos de enfermedad común y accidente no laboral.

Conforme al artículo 173 del TRLGSS, los tres primeros días no se cobra, salvo regulación más favorable en convenio o pacto.

Del día 4º al 20º día se cobra el 60% de la base reguladora:

- A) Del 4º al 15º día incluido los asume la empresa. Si la empresa no abona la prestación de los días comprendidos entre el cuarto y el decimoquinto de la baja por encontrarse en insolvencia, la mutua colaboradora en la gestión debe anticipar el pago, sin perjuicio de repetir contra la empresa responsable conforme a reiterada doctrina jurisprudencial.

Sobre responsable del pago de prestación en caso de insolvencia empresarial.

STS 390/2016, de 9 mayo. Sobre si la empresa no abona subsidio por incapacidad temporal de los días comprendidos entre el cuarto y el decimoquinto de la baja por encontrarse en insolvencia, debe o no abonarlo la mutua colaboradora en la gestión

La cuestión debatida se centra en determinar si la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social debe anticipar el pago de la prestación económica cuando concurre el siguiente supuesto:

- a) Empresa en que la Mutua asume la gestión de las contingencias comunes.
- b) Insolvencia empresarial.
- c) Trabajador en incapacidad temporal (IT).
- d) Impago del subsidio correspondiente a fechas en que la responsabilidad directa del pago corresponde al empleador (días 4º al 15º en supuestos de contingencia común).

El subsidio por IT (derivada de contingencia común) que la empresa abona por ministerio de la LGSS durante los días 4º al 15º día debe ser asumido subsidiariamente por la entidad responsable de gestionar la protección ante tal situación de necesidad: la Mutua (como en este caso) o al INSS (ISM). Si esta garantía subsidiaria se activa surge el derecho a reperir al

B) Del 16º al 20º corresponden al INSS o Mutua.

C) Del día 21º en adelante se cobra el 75% y corresponden al INSS o Mutua.

EJEMPLO PRESTACIÓN INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

Datos:

- Persona trabajadora le dan la baja el 05/04/2020
- El alta se produce el 30/04/2020

Tiene 1.000€ de base de cotización de contingencias comunes el mes anterior y, no tiene complemento de IT en su convenio colectivo.

BR= $1.000/30 = 33,33€/día$.

Días de alta 1º al 4º y 30 de abril.

Días 5, 6 y 7 no cobra.

Días 8º al 24º al 60%= $33,33 \times 60\% = 20€ \times 12 \text{ días} = 240€$ (los 7 primeros días a cuenta de la empresa y el resto a cuenta del INSS o la Mutua).

Día 25º al 29º en adelante al 75%= $25 \times 5 = 125€$

Total a cobrar por la persona trabajadora: $240€ + 125€ = 365€$.

- En los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Desde el primer día se cobra el 75% y, es posible cobrar indemnización por daños y perjuicios vía civil.

EJEMPLO PRESTACIÓN INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Datos:

- Persona trabajadora le dan la baja el 06/04/2020
- El alta se produce el 30/04/2020

Tiene 1100€ de base de cotización de contingencias profesionales del mes anterior, sin horas extraordinarias.

$$BR = 1.100 - 0/30 + 0/365 = 36,66€/día$$

Contingencias profesionales 75%.

Días de alta en abril: 1 al 5 y 30.

Días de baja en abril: del 6 al 29, total de 24 días.

$$BR \ 36,66€ \times 75\% = 27,50€ \times 24 \text{ días} = 660€$$

Total a cobrar por la persona trabajadora: 660€

RECONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

El reconocimiento del derecho corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o a la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, en función de con cuál de ellos el empresario hubiera optado para la cobertura de esta contingencia. También a las empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión del Régimen General, cuando derive de contingencias profesionales.

Este reconocimiento de la prestación económica tiene lugar de forma automática o principio de «oficialidad», sin necesidad de solicitud, una vez cumplidos los requisitos exigidos, así lo pone de manifiesto reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Ejemplo del principio de oficialidad.**STS 6288/2020. Sobre el abono de prestaciones y la automatización sin necesidad de solicitud**

La actora, encontrándose en situación de desempleo, inició un proceso de IT derivada de enfermedad común el 17 de enero de 1991, que se extendió hasta el 15 de noviembre del mismo año, momento en que se le dejó de abonar la prestación por alta. No obstante, pocos días después, el 23 de enero de 1992, se le reconoció nuevamente en situación de IT también derivada de la misma enfermedad común.

La cuestión a resolver, consiste en determinar la fecha de comienzo del devengo del subsidio por incapacidad temporal derivada de la contingencia de enfermedad común cuando, como en este caso, se presenta la solicitud en un momento posterior al de su inicio.

La Sala cita reiterada jurisprudencia, declarando que el abono de la prestación económica correspondiente a la situación de incapacidad laboral transitoria, actualmente incapacidad temporal, no está condicionada a la previa solicitud del beneficiario, sino que se hace efectiva de modo directo y automático conforme al principio de «oficialidad», una vez presentados los correspondientes partes de baja y confirmación.

La normativa básica de Seguridad Social es objeto de desarrollo en diversas normas de rango inferior entre las que destacan el RD 625/2014, de 18 de julio, sobre gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, desarrollado por O. ESS/1187/2015, de 15 de junio.

COMPETENCIA PARA RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES; OM 13-10-1967, OM 20-4-1998, RD 625/2014	
RECONOCIMIENTO DE IT POR CONTINGENCIAS COMUNES Y PROFESIONALES	INSS (ISM) ENTIDAD GESTORA O MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL
DETERMINACIÓN INICIAL CARÁCTER CONTINGENCIA PROFESIONAL	MUTUA
CON AUTORIZACIÓN PARA GESTIÓN EN RÉGIMEN DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA	EMPRESA
BAJA MÉDICA DURANTE PLAZO INICIAL DE 365 DÍAS	QUIEN HAYA ASUMIDO EL ASEGURAMIENTO
INSPECCIÓN	INSS (ISM)
NUEVA BAJA EN 180 DÍAS POR LA MISMA O SIMILAR PATOLOGÍA	INSS (ISM)
SITUACION DE PRORROGA	INSS (ISM)
ALTA CURACIÓN O INCOMPARECENCIA INJUSTIFICADA A RECONOCIMIENTO	INSS (ISM)
ALTAS Y BAJAS MÉDICAS EN SITUACIÓN DE RECAÍDA	LA ENTIDAD COMPETENTE PARA DECIDIR BAJA INICIAL, CON EXCEPCIONES

Cuadro nº 3. Fuente: elaboración propia.



El abono de la prestación económica lo efectúa la empresa con la misma periodicidad que los salarios, bien por delegación a través de colaboración obligatoria, bien a su cargo a través de colaboración voluntaria, en virtud de la colaboración de las empresas en la gestión de la protección de la incapacidad temporal y de la asistencia sanitaria.

El INSS o la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, en su caso, son responsables del pago directo del subsidio en los siguientes supuestos:

- Por incumplimiento del empresario 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 incapacidad temporal.
- En los supuestos de agotamiento de la incapacidad temporal por el transcurso del plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, durante la prolongación de la situación de incapacidad temporal (de 365 a 545 días) o durante la prórroga de los efectos hasta la calificación de incapacidad permanente conforme al artículo 170 del TRLGSS.
- Por insolvencia de la empresa que ha asumido el pago de la IT en régimen de colaboración voluntaria, en este caso será el INSS quien asuma la responsabilidad subsidiaria de conformidad con la doctrina jurisprudencial.

Ejemplo de imposición de pago directo al INSS ante el incumplimiento empresarial.

STS 5115/2000, de 14 junio. *Sobre si el INSS debe asumir la responsabilidad del pago del subsidio de IT, en caso de insolvencia empresarial, cuando la gestión de dicha prestación ha sido asumida voluntariamente por la empresa*

La cuestión litigiosa sometida a unificación es la de determinar si el Instituto Nacional de la Seguridad Social debe o no responder, en caso de insolvencia patronal, del abono del subsidio de incapacidad temporal cuando la gestión de dicha prestación ha sido asumida voluntariamente por la empresa empleadora al amparo del art. 77 LGSS y la Orden de 25 de noviembre de 1966.

El hecho de que la ley imponga al empresario colaborador voluntario el pago directo de la incapacidad temporal no presupone, a falta de norma expresa, que esta obligación de pago implique, como efecto reflejo, la privación al beneficiario de la prestación, del sistema de cobertura y garantías accesorias establecidas para la prestación litigiosa en el régimen público de Seguridad Social para los supuestos de incumplimiento de la obligación prestacional por parte del empresario. En definitiva, el trabajador ha causado derecho a la prestación de incapacidad temporal y la responsabilidad de su pago debe imponerse «ex lege» al sujeto obligado, que es el empleador actual (artículo 126.1 LGSS), pero ello no impide –a falta de norma expresa en sentido contrario– la responsabilidad subsidiaria de la entidad gestora (artículo 126.3 LGSS).



DURACIÓN, PÉRDIDA, SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO

DURACIÓN Y PRÓRROGA

La duración máxima de la situación de IT, independientemente de la contingencia que la haya provocado, será de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que, durante ellos, el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.

De conformidad con los artículos 169.2 y 174.1 del TRLGSS a efectos del período máximo de duración y de su posible prórroga, se computarán los periodos de recaída y de observación. Se considerará que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior, o de la resolución denegatoria de incapacidad permanente. En tal caso, se considera que hay una sola situación de IT sometida a un mismo régimen y a un único plazo máximo de duración; se entiende que hay un solo hecho causante, que ha de situarse en la fecha en que se produjo la baja inicial, de manera que a ese momento habrán de referirse los requisitos necesarios de acceso a la protección de conformidad con el artículo 174.1 del TRLGSS.

En caso de períodos de observación por enfermedad profesional, el plazo será de 6 meses prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad, así se reseña en los artículos 169.1 b) del TRLGSS y 15 de la OM de 13 de octubre de 1967.

Será el INSS el órgano competente para evaluar, calificar y revisar las circunstancias que autoricen esta prórroga.



El reconocimiento de la prórroga de IT por contingencias profesionales desde el día 365 de IT en adelante (hasta un máximo de 180 días) será competencia exclusiva del INSS, salvo los supuestos en los que la cobertura corresponda a una Mutua

Colaboradora con la Seguridad Social, en cuyo caso se aplicará lo previsto en la Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social del 16 de enero de 2006.¹³

Entonces, agotado el primer plazo de 365 días de incapacidad temporal, el INSS mediante sus Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) es el único organismo competente para optar por alguna de estas tres opciones:

- Reconocer la situación de prórroga expresa de IT, con un límite de 180 días más.
- Determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente.
- Emitir el alta médica (por curación/mejoría o por incomparecencia). En este caso, el INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en los 180 días posteriores por la misma o similar patología.

La resolución de prórroga será preceptiva para continuar percibiendo la prestación económica por IT.

La prórroga se reconocerá exclusivamente por el tiempo que el EVI estime en que puede producirse la curación, con un máximo de 180 días. Si el plazo estimado de curación supera los 180 días, no procederá la prórroga y sí la iniciación de expediente de incapacidad permanente (IP), aun cuando las secuelas invalidantes no sean definitivas.

En el caso de transcurso de 545 días (365+180) de IT, se examinará necesariamente al trabajador por el INSS en el plazo de 3 meses, manteniéndose el derecho a percibir la prestación de IT.

Ejemplo sobre los plazos de abono de la prestación tras la prórroga.

STS 6747/2013, de 8 julio. Sobre la obligación de seguir abonando el subsidio de IT durante el plazo de tres meses pasados los 545 días

La Sentencia precisa que lo pretendido por el art. 131 bis de la antigua LGSS es que se examine necesariamente la capacidad laboral residual del incapacitado cuando su baja temporal supera los 545 días, lo que debe hacerse en el plazo máximo de tres meses, plazo, imperativo para la Entidad Gestora, pero cuyo transcurso no supone el fin de la prórroga del derecho al subsidio sino que esta continúa hasta que se dicta la oportuna resolución, por cuanto de la literalidad del precepto no se deriva que su transcurso beneficie a quien incumplió el plazo establecido en la Ley.

¹³ Resolución de 16 de enero de 2006, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

Si, tras los 545 días de IT, persiste la necesidad de tratamiento médico y existe una razonable expectativa de recuperación o mejoría de la persona trabajadora, cabe la ampliación temporal de este procedimiento por el tiempo que precise, aunque con el plazo máximo total de 730 días naturales sumados los de la incapacidad temporal y los de la prolongación de sus efectos de conformidad con el artículo 174.2 del TRLGSS.

Durante los períodos de tres meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.



La regla general es que, extinguido el derecho a la prestación de IT por el transcurso de 545 días naturales de duración máxima, con o sin declaración de IP, solo podrá causarse derecho al subsidio de IT por la misma o similar patología si transcurre un periodo superior a 180 días naturales desde la resolución de la IP.

Este nuevo derecho a subsidio se causará siempre que la persona trabajadora reúna, en la fecha de la nueva baja médica, los requisitos exigidos para ser beneficiario del subsidio de IT derivado de enfermedad común o profesional, o de accidente, sea o no de trabajo. A estos efectos, para acreditar el período de cotización necesario para acceder al subsidio de IT derivada de enfermedad común, se computarán exclusivamente las cotizaciones efectuadas a partir de la resolución de la incapacidad permanente.

El pago de la prestación durante el periodo de prórroga le corresponde a la Mutua, siempre que la empresa hubiera optado por cubrir las contingencias comunes con una Mutua.

STS 398/2020, de 22 de mayo. *Obligación de la Mutua de asumir la prestación económica derivada de incapacidad temporal en toda su extensión, incluso en la prórroga de la situación de IT*

La cuestión a resolver en el presente recurso de casación unificadora consiste en determinar quién es la entidad responsable del abono de la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes en un supuesto en el que, tras haberse agotado el período máximo de aquélla prestación, la entidad gestora no resolvió en el plazo previsto de tres meses sobre la incapacidad permanente. Se discute si en ese período de prórroga corresponde a la Mutua que venía asegurando el riesgo de IT o al INSS.

El artículo 174 LGSS cuya rubrica es "Extinción del derecho al subsidio", señala que, cuando la extinción se produjera por el transcurso del plazo máximo fijado o por alta médica con declaración de incapacidad permanente, los efectos de la situación de incapacidad temporal se prorrogarán hasta el momento de la calificación de la incapacidad permanente, en cuya fecha se iniciarán las prestaciones económicas de ésta, salvo que las mismas sean superiores a las que venía percibiendo el trabajador, en cuyo caso se retrotraerán aquellas al momento en que se haya agotado la incapacidad temporal.

Este precepto de la LGSS, entre otras cuestiones, hace referencia a dos supuestos: 1) extinción de la prestación por el transcurso del plazo máximo; y, 2) la extinción de la prestación por alta médica con declaración de incapacidad permanente. Para ambos supuestos, y cuando la extinción no es coetánea con la declaración de incapacidad permanente, dispone que los efectos de la situación de incapacidad temporal se prorrogarán hasta el momento de la calificación de incapacidad permanente, en cuya fecha se iniciarán las prestaciones económicas de ésta. Por tanto, la obligación del pago del subsidio de la situación de incapacidad temporal perdura hasta el momento de la declaración sobre la concurrencia incapacidad permanente.

En la Sentencia de referencia (20 de febrero de 2012 (Rcud.699/2011) se explica que la responsabilidad del pago de la prestación no depende del mantenimiento de la relación de cotización hacia el futuro, sino de la vigencia de ese aseguramiento en el momento en que se produjo el hecho causante. No se paga la prestación porque continúe la obligación de cotizar en beneficio de la entidad aseguradora, sino porque en su día se percibieron esas cotizaciones con anterioridad a la actualización del riesgo. Y, desde luego, es contrario a la lógica del aseguramiento y a los criterios de equidad imputar al INSS la responsabilidad de un gasto por el que no ha percibido las contraprestaciones legalmente previstas.

Excepcionalmente, aunque se hubiese agotado un proceso de 545 días naturales y no hubiesen transcurrido 180 días naturales desde la denegación de la IP, podrá iniciarse,



por una sola vez, un nuevo proceso de IT cuando el INSS -a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente de la persona trabajadora- considere que ésta puede recuperar su capacidad laboral.

Ejemplo sobre nuevo proceso de IT tras finalizar plazo de prórroga.

STS 3804/2019, de 6 de noviembre. Una trabajadora que ha agotado el plazo máximo en IT sin declaración de IP tiene derecho a la prestación económica derivada de un nuevo proceso de IT por similar patología sin haber transcurrido más de 180 días desde la anterior IT

La cuestión a resolver en el presente recurso de casación unificadora consiste en determinar si una trabajadora, que ha agotado el plazo máximo en situación de incapacidad temporal sin que se haya declarado la incapacidad permanente, tiene o no derecho a prestación económica derivada de un nuevo proceso de incapacidad temporal por similar patología iniciado sin haber transcurrido más de 180 días desde la IT anterior.

La recurrente, al amparo del apartado e) del artículo 207 LRJS, formula un único motivo de casación en el que denuncia infracción del artículo 131 bis 1 de la LGSS 1994 (actual artículo 174.3 párrafo tercero LGSS) y de la jurisprudencia interpretativa del mismo contenida, precisamente, en la sentencia de contraste y las que en ella se citan de esta Sala.

Tal como viene manifestando el Alto Tribunal en varias ocasiones respecto de la literalidad anterior del precepto cuestionado -y reiteramos ahora, con mayor motivo, en relación al texto vigente-, la potestad del INSS no es, en absoluto, discrecional pues tal como expresa la sentencia referencial (siguiendo lo ya resuelto en SSTs de 8 de julio de 2009, rcud 3536/2008; de 23 de julio de 2010, rcud. 3808/2009; y de 8 de noviembre de 2011, Rcd. 3140/2010), debe basarse en criterios objetivos que justifiquen la denegación a tales efectos. El INSS debe, en consecuencia, pronunciarse sobre el estado de salud de la persona trabajadora que ha obtenido de los servicios médicos de salud una nueva baja médica y, al objeto de denegarle los correspondientes efectos económicos, debe de pronunciarse fundadamente sobre las posibilidades de recuperar su capacidad laboral, atendidos los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente. Ello obliga a estimar el recurso porque la sentencia recurrida, al igual que la resolución administrativa impugnada, se fundaron, exclusivamente, en que la nueva baja, cursada antes de transcurrir seis meses del fin del proceso de incapacidad temporal anterior, la ocasionaba la misma o similar patología, sin basarse en otros datos objetivos, singularmente, en la consideración o no de que el trabajador podía recuperar su capacidad laboral.

Durante la prórroga, la persona trabajadora es controlada médicamente por el INSS. Como consecuencia de este control se pueden adoptar las siguientes decisiones:



- Alta médica: tras un nuevo reconocimiento médico, si el trabajador puede ser dado de alta médica previa propuesta del EVI o el ICAMS (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries) en Catalunya, el INSS dictará resolución declarando el alta médica de la persona trabajadora. El alta médica emitida por el INSS, desde la prórroga de la IT, supone la extinción de la IT sin que se suspenda su efectividad por la presentación de una reclamación previa.
- Continuación de la prórroga hasta un máximo de 180 días.
- Propuesta de IP Inicio de un expediente de Incapacidad Permanente (IP); artículo 169 del TRLGSS.

En la actualidad, podemos ver que, en la mayoría de los casos, las personas trabajadoras que son llamados a reconocimiento médico siguen estando de baja. Así, podemos advertirlo en el siguiente cuadro con información sobre el total de reconocimientos médicos llevados a cabo y las resoluciones del INSS al respecto.

DICIEMBRE 2020		ACUMULADOS AÑO
TOTAL DE RECONOCIMIENTOS	33.848	445.971
MANTENIMIENTO EN IT	14.694	228.438
EXTINCIÓN IT POR APERTURA EXPEDIENTE DE IP	7.665	83.513
EXTINCIÓN IT POR ALTA	11.489	134.020

Cuadro nº 4. Fuente: elaboración propia con datos del INSS sobre seguimiento del control de la IT. DDPP EVI,s, DDPP CEI,s (Cataluña) (Antes del cumplimiento de los 365 días).

LOS MECANISMOS DE COMUNICACIÓN DE LA IT

Los partes de baja y de confirmación de la baja, documentos a través de los cuales se comunica la situación de IT, se tramitarán en función del período de duración que estime el médico que los emite. A estos efectos se establecen cuatro grupos de procesos:

1.- Procesos de duración estimada inferior a cinco días naturales.

En estos procesos, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la Mutua, emitirá el parte de baja y el parte de alta en el mismo acto médico. El facultativo, en función de cuando prevea que el trabajador va a recuperar su capacidad laboral, consignará en el parte la fecha del alta, que podrá ser la misma que la de la baja o cualquiera de los tres días naturales siguientes a esta.

No obstante, el trabajador 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 el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral.

2.- Procesos de duración estimada de entre 5 y 30 días naturales.

En estos procesos, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la Mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la fecha de la revisión médica prevista que, en ningún caso, excederá en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial. En la fecha de revisión, se extenderá el parte de alta o, en caso de permanecer la incapacidad, el parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de catorce días naturales entre sí.

3.- Procesos de duración estimada de entre 31 y 60 días naturales.

En estos procesos, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la Mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la fecha de la revisión médica prevista que, en ningún caso, excederá en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de veintiocho días naturales entre sí.

4.- Procesos de duración estimada de 61 o más días naturales.

En estos procesos, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la Mutua, emitirá el parte de baja en el que fijará la fecha de la revisión médica prevista, la cual en ningún caso excederá en más de catorce días naturales a la fecha de baja inicial, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de treinta y cinco días naturales entre sí.

En todo caso, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la mutua, expedirá el parte de alta cuando considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral.



Gráfico nº 5. Fuente: elaboración propia.

PÉRDIDA. SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DEL DERECHO

Suspensión del derecho

De conformidad con el artículo 175 del TRLGSS, el derecho puede ser denegado, anulado o suspendido por:

- 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

De conformidad con el artículo 174 del TRLGSS, el derecho al subsidio se extinguirá:



- Por el transcurso del plazo máximo de 545 días naturales desde la baja médica, que son los primeros 365 más los 180 días de prórroga.

Como ya hemos dicho anteriormente, cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo de 545 días, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda

- Por alta médica por curación o mejoría que permita a la persona trabajadora realizar su trabajo habitual.

El trabajador se reincorporará a su puesto laboral el día siguiente al de emisión del parte de alta. En caso de disconformidad con el alta médica emitida por las entidades gestoras, han de seguirse los procedimientos establecidos en el art.3 (Procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por las entidades gestoras) y art. 4 (Procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas expedidas en los procesos de incapacidad temporal) del Real Decreto 1430/2009 de 11 de septiembre de 2009,¹⁴ que más adelante veremos.

- Por ser dado de alta la persona trabajadora, con o sin declaración de incapacidad permanente.
- Por el reconocimiento de la pensión de jubilación.
- Por la incomparecencia injustificada del beneficiario.

La incomparecencia injustificada del beneficiario será causa de extinción del derecho a la prestación económica, de conformidad con lo establecido en el art. 9, del Real Decreto 625/2014 de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración.

Es causa de extinción la inasistencia 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. Existe abundante jurisprudencia en relación al derecho a extinguir la prestación económica de IT por inasistencia de la persona trabajadora a los reconocimientos médicos y su modo de comunicación. En este sentido, la reciente STS 470/2020, de 18 de junio, en la que el incumplimiento por la Mutua del trámite diseñado por el legislador a efectos de notificación determinó que la beneficiaria de la prestación no estuviese adecuadamente citada, razón por la que su incomparecencia no puede calificarse de injustificada.

- Por fallecimiento.

¹⁴ 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.

Ejemplo de no extinción de la prestación.***STS 470/2020, de 18 de junio. Incumplimiento de los trámites legales de comunicación a la hora de calificar la incomparecencia de una trabajadora***

“La cuestión casacional que somete a la consideración de esta Sala la Mutua colaboradora con la Seguridad Social recurrente versa acerca de la extinción o no de la prestación de incapacidad temporal por incomparecencia injustificada de la beneficiaria al reconocimiento médico que le había notificado mediante burofax con acuse de recibo no retirado, y no seguido de publicación oficial. La sentencia recurrida (STSJ de Madrid, 12.07.2017, rs. 478/2017) desestima el recurso de suplicación presentado por la Mutua, confirmando la resolución de instancia que estimó la demanda, dejando sin efecto el Acuerdo de extinción de la prestación económica de incapacidad temporal en su día adoptado por aquélla ante la incomparecencia de la trabajadora al oportuno reconocimiento médico (6-8-2015) y falta de justificación de dicha incomparecencia.

Argumenta en esencia que no puede imputarse falta de diligencia a la trabajadora, pues con anterioridad al reconocimiento médico del 6 de agosto de 2015 había acudido a los reconocimientos de los días 24 y 25 de julio de 2015. Además, y pese a que consta el envío de dos burofax (uno para el reconocimiento médico y otro para la justificación de la incomparecencia), sin que la misma los recogiera con el acuse de recibo dejado por el servicio de Correos, considera que era obligación de la Mutua colaboradora proceder a la notificación mediante anuncio en el BOE siguiendo la doctrina de la STS, 4ª, 12.01.2017, rcd 3433/2015, en materia de sanción de pérdida de la prestación por desempleo.”

DISCONFORMIDAD CON LA EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN Y SU PROBLEMÁTICA

En el supuesto de que el INSS emita resolución por la que se acuerde el alta médica, cesará la colaboración obligatoria de las empresas en el pago de la prestación el día en que se dicte dicha resolución, abonándose directamente por la entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social el subsidio correspondiente durante el periodo que transcurra entre la fecha de la citada resolución y su notificación al interesado de conformidad con el 170.2 del TRLGSS.

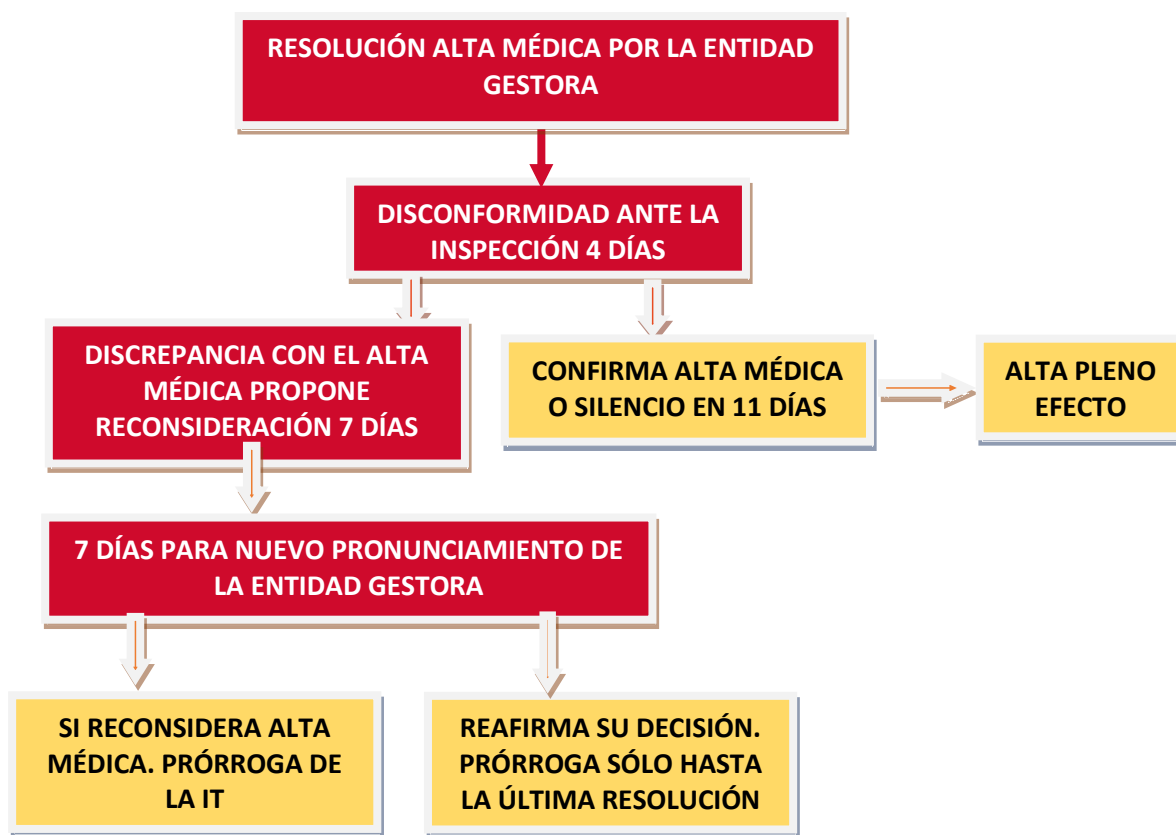
En este sentido, en repetidas ocasiones, desde UGT se han detectado situaciones contrarias a los intereses de las personas trabajadoras que están esperando resolución y que cuando el INSS resuelve dando el alta, lo notifica en una fecha determinada (obligando a la reincorporación laboral al día siguiente). El problema surge porque dicha notificación no es entregada al interesado hasta días después, por lo que la reincorporación al puesto de trabajo solo puede producirse tras ser recibida la notificación con la resolución. Esto supone que las personas trabajadoras no puedan reincorporarse en la fecha de la notificación porque lógicamente lo desconocen (por no haber sido entregada la notificación a la persona interesada); al reincorporarse con

retraso en su puesto de trabajo la Entidad Colaboradora les reclama el reintegro de la prestación percibida en ese margen temporal. Por ello, desde UGT hemos instado a la modificación del artículo 170.2 del TRLGSS para garantizar en todos los supuestos la percepción íntegra de las prestaciones hasta que la persona trabajadora reciba la notificación de la resolución que pone fin a dichas prestaciones.

Conforme al procedimiento de impugnación administrativa por disconformidad previsto en el artículo 170.2 del TRLGSS y desarrollado por el artículo 3 del RD 1430/2009, en los casos de alta médica, frente a la resolución recaída podrá el interesado en el plazo máximo de cuatro días naturales, manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud, la cual:

- Si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquélla, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.
- Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica. Durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha de alta y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos, se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal.
- Si, en el plazo máximo, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, ésta se pronunciará expresamente en el transcurso de los siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica.
- Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de incapacidad temporal a todos los efectos.
- Si, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquélla, sólo se prorrogará la situación de incapacidad temporal hasta la fecha de la última resolución.

La prestación económica de incapacidad temporal quedará extinguida desde el día de efectos del alta médica extendida.



SOLICITAR CAMBIO DE CONTINGENCIA DE LA IT

En el caso que el facultativo de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social derive a la persona trabajadora al Sistema Público de Salud, por una contingencia que se sospeche pudiera tener su origen en el entorno laboral, existe la posibilidad de solicitar una determinación de la contingencia.

Para ello, en primer lugar, la persona trabajadora debe interponer una reclamación ante la Mutua.

Es indispensable que la persona trabajadora solicite a la Mutua el informe médico asociado a la patología que padece, en el que se explique el motivo de la derivación al Sistema Público de Salud, así como los resultados de las pruebas que se hubieran realizado. Posteriormente, la persona trabajadora se dirigirá a su médico de atención primaria para ser atendido y, en el caso que pase a situación de incapacidad temporal por contingencia común (baja laboral), podrá solicitar la determinación de contingencia ante el INSS, a través de un modelo establecido, adjuntando los informes médicos.

El INSS dictará resolución en los 15 días hábiles siguientes desde la aportación de documentación de las partes interesadas, en la resolución se indicará la determinación de la contingencia (común o profesional) y la entidad responsable del pago de las prestaciones económicas y sanitarias. El INSS comunicará la resolución a la persona interesada, a la empresa, a la Mutua y al Servicio Público de Salud.

EFFECTOS DE LA EXTINCIÓN DEL CONTRATO LABORAL DURANTE LA IT

En el artículo 283 del TRLGSS se regulan las diferentes situaciones que pueden darse cuando una persona trabajadora está en situación de IT y se extingue el contrato laboral pasando a la situación de desempleo. Esto es, si durante una baja por IT, finaliza el contrato de trabajo, que prestación recibe la persona trabajadora, que podrá variar en función de la contingencia que haya originado la baja.

Cuando la persona trabajadora se encuentra en IT derivada de contingencias comunes y durante la misma se extingue su contrato, la persona trabajadora seguirá percibiendo la prestación por IT en cuantía igual a la prestación de desempleo que le corresponda hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces a la situación legal de desempleo, siempre y cuando el contrato se haya extinguido por alguna de las causas legales que dan lugar a dicha situación, y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la prestación por desempleo contributivo que le corresponda, de haberse iniciado la percepción de la misma en la fecha de extinción del contrato de trabajo, o el subsidio por desempleo.

Es importante tener en cuenta que, en estos casos, se descontará del período de percepción de la prestación de desempleo como ya consumido, el tiempo que hubiere permanecido en la situación de IT a partir de la fecha de extinción del contrato de trabajo.

El Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) cotizará durante ese periodo por contingencias comunes, hasta el final de la prestación por desempleo.

Ejemplo

Una persona trabajadora se da de baja por IT derivada de contingencias comunes y finaliza su contrato.

- Cobrará como máximo el importe de la prestación por desempleo.
- El tiempo que transcurra desde el fin de contrato hasta la fecha de alta se “descontará” del tiempo que le corresponda cobrar el desempleo.

En segundo lugar, cuando la persona trabajadora se encuentre en situación de IT derivada de contingencias profesionales y durante la misma se extinga su contrato de trabajo, la persona trabajadora seguirá percibiendo la prestación por IT, en cuantía



igual a la que tuviera reconocida, hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces a la situación legal de desempleo y a percibir la correspondiente prestación por desempleo si reúne los requisitos necesarios.

En esta situación, no procede descontar del período de percepción de la misma el tiempo que hubiera permanecido en situación de IT tras la extinción del contrato o el subsidio por desempleo.

El SEPE no cotizará a la Seguridad Social por ese tiempo.

Ejemplo

Un trabajador se da de baja por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales y finaliza su contrato.

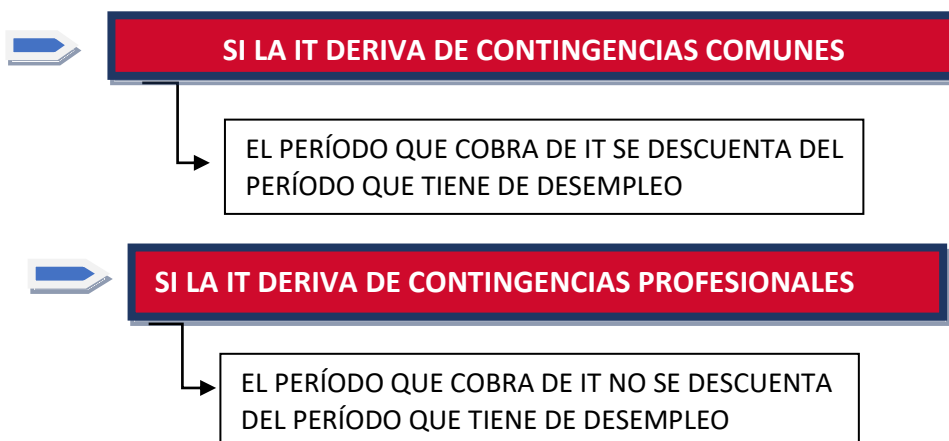
- El trabajador cobrará el importe correspondiente a la prestación por incapacidad temporal.
- El tiempo que transcurra desde el fin de contrato hasta la fecha de alta no se “descontará” del tiempo que le corresponda cobrar el desempleo.

El trabajador tiene un plazo de 15 días hábiles desde que recibe el alta médica para solicitar la prestación por desempleo.

El periodo de baja por incapacidad temporal, mientras el contrato haya estado en vigor, se tiene en cuenta como período de ocupación cotizada para acceder a la prestación por desempleo.

Así pues, el origen de la contingencia, común o profesional, afecta a las prestaciones y al consumo de las mismas cuando se extingue la relación laboral de las personas trabajadoras estando en situación de IT.

PERSONA TRABAJADORA EN SITUACIÓN IT PASA A DESEMPLEO



El mismo artículo 283 de la LGSS, regula las situaciones en las que se encuentra la persona trabajadora que está percibiendo la prestación por desempleo total y pasa a la situación de incapacidad temporal. En este caso, el período de percepción de la prestación por desempleo no se ampliará por encontrarse la persona trabajadora en situación de IT y, durante dicha situación, la entidad gestora de las prestaciones por desempleo continuará abonando las cotizaciones al INSS conforme a lo previsto en la normativa de Seguridad Social.

Si, estando en desempleo se pasa a situación de IT que constituye una recaída de un proceso anterior iniciado durante la vigencia de un contrato de trabajo, la persona trabajadora recibirá la prestación por IT en cuantía igual a la prestación por desempleo y, una vez agotado el período de desempleo, seguirá percibiendo la prestación por IT en la cuantía de desempleo que venía percibiendo.

En cambio, si estando en desempleo se pasa a situación de IT que no constituya recaída de un proceso anterior iniciado durante la vigencia de un contrato de trabajo sino un nuevo proceso, la persona trabajadora recibirá la prestación por esta contingencia en cuantía igual a la prestación por desempleo y, una vez agotado el período de desempleo, seguirá percibiendo la prestación por IT en cuantía igual al 80% del IPREM mensual, excluida la parte proporcional de pagas extras.

PERSONA TRABAJADORA EN DESEMPLEO PASA A SITUACIÓN DE IT



SI LA IT CONSTITUYE RECAIDA



COBRARÁ LA PRESTACIÓN POR IT EN CUANTÍA IGUAL A LA PRESTACIÓN POR DESEMPLEO HASTA QUE SE LE ACABE, ENTONCES SEGUIRÁ PERCIBIENDO LA PRESTACIÓN POR IT EN LA CUANTÍA DE DESEMPLEO QUE VENÍA PERCIBIENDO.



SI LA IT NO CONSTITUYE RECAIDA



COBRARÁ LA PRESTACIÓN POR IT EN CUANTÍA IGUAL A LA PRESTACIÓN POR DESEMPLEO HASTA QUE SE LE ACABE, ENTONCES SEGUIRÁ PERCIBIENDO LA PRESTACIÓN POR IT EN LA CUANTÍA IGUAL AL 80% DEL IPREM MENSUAL, EXCLUIDA LA PARTE PROPORCIONAL DE PAGAS EXTRAS.

RELACIÓN CON OTRAS CONTINGENCIAS

IT Y NACIMIENTO Y CUIDADO DE MENOR

Con efectos desde el 1 de abril de 2019, se produjo la equiparación de los derechos de las personas trabajadoras, que afectaban a las anteriores prestaciones por maternidad y paternidad con el objetivo de proteger, durante los períodos de descanso y permisos que se disfruten por el nacimiento de hijo o hija o por la adopción, la guarda con fines de adopción y el acogimiento familiar siempre que, en este último caso, su duración no sea inferior a un año. La prestación económica por nacimiento y cuidado de menor consiste en un subsidio equivalente al 100% de la BR equivalente a la de IT, derivada de contingencias comunes.

De conformidad con el artículo 10 del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, si hubiera una situación de IT antes del parto, ésta debe mantenerse hasta el momento del parto, dejando siempre a salvo la posibilidad de opción de la interesada por dicho descanso.

A partir del parto, debe comenzar el descanso por nacimiento y cuidado del menor, pero si transcurrido el parto persistiera la IT, se reanuda esta otra situación, aun cuando se hubiera extinguido el contrato de trabajo.

Si el parto se produjera durante la situación de prórroga de la IT, las personas interesadas causarán la oportuna prestación por nacimiento y cuidado del menor si reuniesen los requisitos exigidos, interrumpiéndose el cómputo de la indicada situación de prórroga que se reanuda, si procede, una vez extinguido el subsidio por nacimiento y cuidado del menor.

En cambio, si se le reconociera en situación de incapacidad permanente se producirá la extinción de la prestación por nacimiento y cuidado del menor.

Una vez agotado el subsidio por nacimiento y cuidado del menor, si la beneficiaria necesitase asistencia sanitaria y estuviese incapacitada para el trabajo como consecuencia del parto, se le considerará en situación de IT por contingencias comunes.

Si durante la situación de nacimiento y cuidado del menor, se produjera la extinción del contrato de trabajo, se devengará la prestación por nacimiento y cuidado del menor hasta su finalización, pasando entonces a la situación legal de desempleo y a percibir, si procede, la prestación por desempleo y, en su caso, la prestación por IT, en los términos establecidos en el artículo 222.3 de la LGSS.



Cuando se produce la extinción del contrato de trabajo de una persona trabajadora que ve interrumpida su situación de IT derivada de contingencias comunes o profesionales, por pasar a la situación de descanso por nacimiento y cuidado del menor, podemos diferenciar dos situaciones:

- 1) Si la extinción se produce una vez iniciado el descanso por nacimiento y cuidado del menor, se mantendrá el percibo de la prestación hasta el término de tal situación, y una vez finalizado este descanso, si se mantiene la situación de IT, se reanudará el abono del subsidio correspondiente, que será igual a la cuantía de la prestación por desempleo; sólo se pasará, si procede, a la situación de desempleo una vez agotada la IT.
- 2) Si la extinción del contrato de trabajo se produce antes de iniciar el descanso por nacimiento y cuidado del menor, causará derecho a la prestación económica derivada de ésta, interrumpiéndose la IT anterior al parto y el abono de subsidio correspondiente, que se sustituirá desde el día de inicio de la situación de nacimiento y cuidado del menor por el subsidio asignado legalmente a esta última de conformidad con el artículo 10.4.2º del citado RD 295/2009, de 6 de marzo.

IT Y RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

El TRLGSS, en su artículo 186, regula una prestación económica por riesgo durante el embarazo, que es aquella situación en la que se encuentra la mujer trabajadora que necesita cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, de conformidad con lo previsto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en el supuesto de que dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados. **Esta prestación tiene la naturaleza de prestación derivada de contingencias profesionales y consiste en un subsidio equivalente al 100 por cien de la BR correspondiente¹⁵.**

La prestación económica **nace el día en que se inicie la suspensión del contrato de trabajo y finaliza el día anterior a aquel en que se inicie la suspensión del contrato de trabajo por nacimiento y cuidado del menor o al de reincorporación de la mujer trabajadora a su puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su estado y, su pago es responsabilidad del INSS, ISM o Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.**

En el caso de que la trabajadora se encuentre en situación de riesgo durante el embarazo y durante la misma solicite la prestación por IT, no procederá el reconocimiento de ésta hasta la finalización de la situación de riesgo durante el embarazo, si reúne en ese momento los requisitos necesarios para acceder a la IT.

¹⁵ A tales efectos, la base reguladora será equivalente a la que esté establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.

En el caso de que la trabajadora se encuentre en situación de incapacidad temporal y, durante la misma, solicite la prestación de riesgo durante el embarazo, no procederá el reconocimiento, en su caso, del subsidio hasta que se extinga la situación de IT por cualquiera de las causas legal o reglamentariamente establecidas.

IT Y RIESGO DURANTE LA LACTANCIA

El TRLGSS, en su artículo 188, regula una prestación económica por riesgo durante la lactancia natural para proteger el periodo de suspensión del contrato de trabajo o de interrupción de la actividad, en los supuestos en que, debiendo la mujer trabajadora cambiar de puesto de trabajo, cuando el desempeño del mismo puede influir en su salud o en la del hijo debido a la existencia de determinados riesgos o patologías, dicho cambio no resulte objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

Esta **prestación tiene la naturaleza de prestación derivada de contingencias profesionales** y consiste en un subsidio equivalente al 100 por cien de la BR correspondiente¹⁶.

La prestación económica **nace el mismo día que se inicie la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante la lactancia natural, siempre tras la emisión de la certificación médica de riesgo por los servicios médicos competentes. La prestación durará todo el periodo necesario para la protección de la salud de la trabajadora y/o del hijo y finalizará en el momento en que el hijo cumpla 9 meses, salvo que la trabajadora se haya incorporado con anterioridad a su puesto de trabajo, o actividad profesional anterior, o a otro/otra compatible con su situación.** Con carácter general, la gestión y el pago de la prestación correrán a cargo INSS o ISM o Mutua colaboradora, en función de la entidad con la que la empresa o la trabajadora tengan concertada la cobertura de riesgos profesionales.

GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

El reconocimiento del derecho al subsidio por incapacidad temporal comienza con la emisión del parte médico de baja por ser el acto que origina la iniciación de las actuaciones. La declaración de la baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se formulará en el correspondiente parte médico de baja expedido por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento de la persona trabajadora afectada. El facultativo que expide los partes de baja, confirmación y alta, entregan dos copias a los afectados, una para el interesado y otra para la empresa.

¹⁶ A tales efectos, la base reguladora será equivalente a la que esté establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.



Gráfico nº 6. Fuente: elaboración propia.

Tal y como hemos visto en el cuadro número 2, hasta el cumplimiento del plazo de duración de 365 días de los procesos de incapacidad temporal, el INSS ejercerá, a través de los inspectores médicos adscritos a dicha entidad, las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos, así como para considerar que existe recaída en un mismo proceso, cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los 180 días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta anterior. Como hemos advertido, cuando el alta haya sido expedida por el INSS, éste será el único competente, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica producida por la misma o similar patología en los ciento ochenta días siguientes a la citada alta médica.

Con anterioridad al cumplimiento de los 365 días en IT el parte médico de alta podrá ser extendido por el facultativo adscrito al INSS bien por propia iniciativa o de una Mutua colaboradora con la Seguridad Social. Para ello, una vez reconocido a la persona trabajadora y cuando, a juicio del facultativo del INSS corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta.

Dentro de las 24 horas siguientes a su expedición, el parte médico de alta será entregado por la persona trabajadora a la empresa.

Expedido el parte médico de alta, en el mismo acto se hace entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

En el plazo de tres días contados a partir del mismo día de la expedición del parte médico de baja y de confirmación de la baja, la persona trabajadora entregará a la empresa la copia destinada a ella.

Las empresas, una vez recibido el parte de baja, confirmación de la baja y alta procederá a su cumplimentación con los datos que correspondan a la empresa, y lo remitirán al Instituto Nacional de la Seguridad Social, con carácter inmediato y, en

todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la recepción del parte, a través del sistema RED.¹⁷

Si, durante el período de baja médica se produjese la finalización del contrato, la persona trabajadora vendrá obligada a presentar al INSS o a la Mutua, según corresponda, en el mismo plazo fijado para la empresa, las copias de los partes de confirmación de baja y de alta.



Gráfico nº 7. Fuente: elaboración propia.

Los partes de baja, de confirmación de la baja o de alta serán expedidos por los servicios médicos de las Mutuas en el caso de que la causa de la baja médica sea un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y,

- la persona trabajadora preste servicios en una empresa asociada, para la gestión de la prestación por tales contingencias,
- o se trate de una persona trabajadora por cuenta propia adherido a una Mutua para la gestión de la prestación,
- o cuando se trate de personas trabajadoras aseguradas por su propia empresa, en virtud de la colaboración prevista en el artículo 102.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social.

¹⁷ El sistema RED es el medio que ofrece la TGSS a empresas, agrupaciones de empresas y profesionales, para intercambiar información y documentos entre ellos a través de INTERNET.

Todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual, excepto durante la pandemia del COVID 19 que, ante la compleja situación que se estaba viviendo lo que se decide es establecer un protocolo de actuación, que consiste en dar la baja médica a quienes manifiesten una sintomatología propia del virus y a las personas que hubieran tenido contacto con aquellos, todo esto de manera “extraordinaria”, esto es, concediéndose el subsidio de IT por presunción y no como exige la normativa de Seguridad Social.¹⁸

El Servicio Público de Salud o la empresa colaboradora o Mutua, según cuál sea la entidad facultada para emitir el parte de baja, remitirá por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición:

- los datos personales de la persona trabajadora,
- los datos obligatorios del parte de baja relativos a la fecha de la baja y de la contingencia causante,
- el código de diagnóstico,
- el código nacional de ocupación de la persona trabajadora,
- la duración estimada del proceso y, en su caso, la aclaración de que el proceso es recaída de uno anterior, así como, en este caso, la fecha de la baja del proceso inmediatamente anterior y la fecha de la baja del proceso que origina la recaída,
- se hará constar la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento médico.

INFORMES COMPLEMENTARIOS Y DE CONTROL

En los procesos de incapacidad temporal cuya gestión corresponda al servicio público de salud y su duración prevista sea superior a 30 días naturales, el segundo parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario expedido por el facultativo que haya extendido el parte anterior, en el que se recogerán las dolencias padecidas por la persona trabajadora, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas en su caso realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado.

En los procesos inicialmente previstos con una duración inferior y que sobrepasen el periodo estimado, dicho informe médico complementario deberá acompañar al parte de confirmación de la baja que pueda emitirse, en su caso, una vez superados los 30

¹⁸ Ver documento de Apuntes del Servicio de Estudios Confederal de UGT (SEC de 17 de junio: “La Incapacidad Temporal durante la pandemia del COVID 19 y los complementos en Convenio Colectivo”.

días naturales. Los informes médicos complementarios se actualizarán, necesariamente, cada dos partes de confirmación de baja posteriores.

En los procesos cuya gestión corresponda al Servicio Público de Salud, trimestralmente, a contar desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, expedirá un informe de control de la incapacidad en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal de la persona trabajadora.

Los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal forman parte de este proceso, por lo que tendrán acceso a los mismos 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 correspondientes a las personas trabajadoras protegidas por las mismas, al objeto de que puedan desarrollar sus funciones.

Asimismo, exclusivamente los inspectores médicos del propio servicio público de salud y los inspectores médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina tendrán acceso, preferentemente por vía telemática, a la documentación clínica de atención primaria y especializada.

RESUMEN

MAPA CONCEPTUAL		
Derechos	Contingencias Comunes	Contingencias Profesionales
Requisitos	Estar afiliado y en alta o situación asimiladaEstar impedido para el trabajo (parte de baja)Recibir asistencia sanitaria (parte de baja)	
Requisitos	Período de cotización 180 días en los últimos 5 años	No se exige período de cotización
Cuantía	60% B.R. del 4º al 20º día; 75% B.R. a partir 21º día	75% B.R. desde el primer día
Duración	545 días: 365 días + 180 días de prórroga expresa	
	Desde 545 a 730 días cuando existan expectativas de mejora o recuperaciónse podrá prolongar de la situación económica de IT, sin que exista el alta del trabajador	
Extinción	El alta médica por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual. El alta del trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente. Reconocimiento de pensión de jubilación. Por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes o reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al INSS o a la Mutua. Fallecimiento. Iniciación por el INSS de expediente de Incapacidad Permanente	
Pérdida o Suspensión	Si actúa fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación Si trabaja por cuenta propia o ajena Si, sin causa razonable, rechaza o abandona el tratamiento. Incomparecencia a los reconocimientos y exámenes médicos	

Cuadro nº 5. Fuente: elaboración propia.

PROPUESTAS DE MEJORA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La prestación de incapacidad temporal debe cumplir su objetivo, tanto a efectos de salud como a efectos económicos. Por ello, es necesario introducir cambios en su regulación y gestión tendentes a reforzar y priorizar los objetivos de la prestación por incapacidad temporal, que son:

- la recuperación de la salud de las personas trabajadoras,
- su protección mientras permanezca en dicha situación y su reinserción laboral.

Las actuales estrategias para reducir las situaciones de IT no deben potenciar la vuelta al puesto de trabajo sobre los restantes objetivos, no deben limitar la protección económica ni recortar los periodos necesarios para la recuperación de la salud de las personas trabajadoras. Desde UGT planteamos toda una serie de propuestas en esta línea.

PROPUESTAS EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y LAS MUTUAS COLABORADORAS CON EL OBJETIVO DE CONSEGUIR UNA GESTIÓN ADECUADA ENTRE ESTAS Y LA SEGURIDAD SOCIAL:

- Desde UGT apostamos porque la Seguridad Social, y más concretamente el Instituto Nacional de la Seguridad Social, dirija sus estrategias hacia la **recuperación progresiva de la gestión total y directa de la prestación de incapacidad temporal**, lo que aportará al sistema eficiencia y ecuanimidad, por ello, proponemos potenciar la gestión pública de los servicios. La Seguridad Social ha de recuperar y potenciar el aseguramiento de las contingencias profesionales de IT por las entidades gestoras públicas.
- En todo caso, **se debería reforzar la gestión** de la prestación por entidades gestoras públicas, defender y fortalecer los procesos de impugnación y revisión de las altas emitidas por las entidades gestoras públicas y por las mutuas de accidentes, así como la participación efectiva de los interlocutores sociales en los órganos directivos de estas últimas.
- Obligación inmediata de la empresa a entregar la evaluación de riesgos laborales a los que está expuesto el trabajador cuando de una baja por enfermedad el facultativo del Servicio Público de Salud (SNS) correspondiente sospeche que es de origen profesional.
- Que el preceptivo informe que debe emitir el comité de empresa o delegado de personal, tanto para la asociación/renovación a una mutua como para el cese y/o revocación de ésta, sea vinculante para la empresa para todas las contingencias. Además, que la participación de las personas trabajadoras sea vinculante al 50% en

las decisiones de contratación, renovación o revocación de la Mutua que asista a la plantilla en cada empresa.

- Hasta que el SNS no haya recuperado todas las competencias de Salud de las personas trabajadoras, los empleados o empleadas, durante la incapacidad temporal, no tengan obligación de someterse a otros exámenes ni reconocimientos médicos de ninguna otra entidad ajena a la que inició el reconocimiento.

PROPUESTAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN AL PÚBLICO Y COLABORACIÓN CON LOS AGENTES SOCIALES, CON EL OBJETIVO DE HACER EL SISTEMA MÁS COMPRENSIBLE Y ACCESIBLE PARA TODOS:

- Realizar campañas de información a las personas trabajadoras para sensibilizar sobre la necesidad de un uso responsable de la IT y para una mayor implicación en la gestión de la incapacidad temporal.
- Relacionado con los riesgos laborales de cada empresa o sector. Ofrecer información al público en general sobre los indicadores de la IT para que las empresas y los sindicatos puedan mejorar sus índices de IT. Por ejemplo, si en una empresa se da un número elevado de incapacidades temporales por enfermedades oftalmológicas, se podrá hacer un plan específico para corregir el problema concreto que exista sobre ese riesgo laboral para las personas trabajadoras en la empresa o en el sector.
- Trasladar información a todas las personas trabajadoras sobre los mecanismos de denuncia existentes en caso de que la gestión de las contingencias no sea la adecuada por la mutua con la que la empresa ha contratado la prestación.
- Fomentar la correcta gestión preventiva de las trabajadoras en situación de embarazo y lactancia en las empresas previamente a la solicitud de la prestación de riesgo en el embarazo y la lactancia. Supervisar el acceso de las trabajadoras a estas prestaciones impidiendo la aplicación de un criterio puramente económico sobre el criterio preventivo.
- Relacionado con el anterior, impulsar la unificación de estos criterios por parte de las mutuas para evitar desigualdades y potenciar la relación con los servicios de prevención para la mejora del flujo de información, así como la gestión individualizada de cada caso.
- Participación de los agentes sociales en la elaboración de “guías orientativas” que puedan afectar en la decisión de cualquier prestación relacionada con la salud.

PROPUESTAS EN CUANTO A LA REGULACIÓN DE LAS PRESTACIONES Y LAS POSIBILIDADES DE MEJORA DE CARA A LAS PERSONAS TRABAJADORAS Y CON BENEFICIOS PARA EL SISTEMA EN GENERAL:**Propuestas todas ellas guiadas por el ánimo de la mejora y eficiencia de la prestación:**

- Una vez agotado el plazo máximo de percepción de IT, si las lesiones padecidas por la persona interesada no estuvieran consolidadas, o no puede determinarse su carácter definitivo, el INSS podrá reconocer, con carácter provisional y durante un plazo de 6 meses, la prestación de incapacidad permanente en el grado que corresponda, sin que en estos supuestos se exija nuevo período de cotización adicional al exigido previamente para el acceso a la incapacidad temporal.
- Que no sea posible el despido durante un plazo posterior a una baja prolongada.
- Establecer un cobro mínimo para los tres primeros días de baja en caso de enfermedad común o accidente no laboral.
- Que los tiempos de espera en las distintas atenciones sanitarias de las personas trabajadoras, no computen como período de tiempo consumido de la prestación.
- Para el caso del agotamiento de la prestación y posterior recaída por la misma dolencia, que la persona trabajadora no quede desprotegida económicamente.
- Deben resolverse los vacíos de cobertura y protección entre la fecha en que el órgano de calificación desestima la declaración de incapacidad permanente de la persona trabajadora en aquella situación, y la fecha de incorporación de la persona trabajadora a la actividad laboral por efecto de la correspondiente notificación, cobrando el interesado en todo caso hasta el momento de la incorporación laboral. Es decir, que se abone la prestación hasta el momento de la incorporación a su puesto de trabajo y no hasta el momento de la notificación como se regula ahora en el artículo 170.2 del TRLGSS.
- Debe darse también un tratamiento satisfactorio en el caso de las enfermedades crónicas que se manifiestan en sucesivos procesos de interrupción de la actividad, y los consiguientes de incapacidad temporal, con la finalidad de que el empresario pueda disponer para los periodos de baja por enfermedad de aquellas personas trabajadoras de instrumentos análogos a los ya recogidos en la legislación vigente para los casos de maternidad.

OTRAS PROPUESTAS RELACIONADAS CON LA MATERIA:

- Desde UGT, creemos que es necesario avanzar en el modelo de Agencia Única de la Seguridad Social, con criterios de inclusión del conjunto de entidades gestoras, que



permitirá garantizar el modelo público, solidario y de reparto que desde nuestro sindicato venimos defendiendo. Además, permitirá centralizar y hacer más eficiente la gestión del sistema, aprovechando y optimizando los recursos de forma que se mejore la eficiencia y eficacia del sistema que redundará en un mejor servicio para la población trabajadora, pensionistas y para la ciudadanía en general.

PROPUESTAS ACERCA DE LA GESTIÓN DE LA IT POR COVID-19:

- Existen determinadas actividades, contempladas en el Anexo 1 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, para las que el contagio del Covid-19 debe de considerarse jurídicamente como “enfermedad profesional” y que han quedado fuera de esta consideración, concretamente, aquellas encuadradas en el Grupo 3 (agentes biológicos), agente A, subagente 01. Por ello, y de conformidad con nuestra actual normativa para estos colectivos, el contagio por Covid-19 debe considerarse como contingencia profesional, pero no como accidente de trabajo, sino como enfermedad profesional conforme a lo establecido en el artículo 157 TRLGSS.

En concreto, se contemplan como enfermedades profesionales las infecciosas causadas por agentes biológicos (Grupo 3) por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección, [excluidos aquellos microorganismos incluidos en el Grupo 1 del RD 664/1997, de 12 de mayo regulador de la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo]. Iguales consideraciones valen para los trabajadores autónomos que lleven a cabo tales actividades (en virtud de la previsión del artículo 316.2 TRLGSS).

- Para el resto de trabajadores y trabajadoras no incluidos en el anterior supuesto, entendemos que deberían ser consideradas como accidente de trabajo a todos los efectos, sin necesidad de prueba por parte de la persona trabajadora afectada y de forma inmediata, las enfermedades como consecuencia del virus SARS-CoV2 que padezcan aquellas personas trabajadoras que presten sus servicios en centros de trabajo donde:
 - o bien no se hayan adoptado medidas preventivas y de protección necesarias para evitar el contagio por COVID-19,
 - o bien, en aquellos centros de trabajo donde se haya producido un brote.

Con esta colección pretendemos ir más allá de una exposición sintética de la materia objeto de atención. En el texto se expone la normativa, el contexto social o económico, o la realidad que enmarcan el tema analizado, junto a la posición y valoración de UGT al respecto. A nuestro entender, es imprescindible quebrar el monopolio ideológico de aquellos que dominan los medios de comunicación, información y análisis, muy sesgado hacia determinados intereses, aportando análisis rigurosos y precisos que aporten otras miradas de la realidad y, consecuentemente, otras conclusiones. Esperamos que al lector le sea útil.

