

Guía informativa
para personas
trabajadoras y sus
representantes



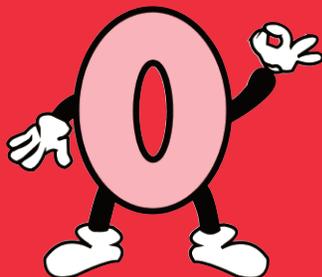
**100 Preguntas y
respuestas sobre el
accidente de trabajo y la
enfermedad profesional**

ÍNDICE

AURKIBIDEA

- 1- Las contingencias profesionales pág 3
- 2- El accidente de trabajo (A.T.) pág 5
- 3- La enfermedad profesional (E.P.) pág 21
- 4- Obligaciones del empresario frente al A.T. y la E.P. pág 28
5. Prestaciones a las que el o la trabajador/a tiene derecho pág 31
6. La recaída pág 40
7. La determinación de la contingencia pág 42
8. Curación, alta, periodo maximo de I.T. y otras cuestiones pág 44

EN EL CURRO
RIESGO...



EDITA: UGT - EUSKADI
DISEÑO GRÁFICO Y MAQUETACIÓN: UGT - EUSKADI
IMPRESIÓN: GRAFILUR, S.A.
D.L. BI-1589-2017

1. Las contingencias profesionales

1. ¿QUÉ SON LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES?

Aquellos sucesos que tienen su origen en el desarrollo de una actividad laboral, es decir, se derivan, directa o indirectamente, del trabajo y que producen alteraciones de la salud que tengan la consideración de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

2. ¿Y CUÁLES SON?

Son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. También tienen la consideración de

contingencias profesionales los riesgos durante el embarazo y durante la lactancia natural, porque su existencia está asociada al desempeño de un puesto de trabajo concreto y fuera de él no habría riesgo.

3. ¿EN QUÉ SE DIFERENCIAN DE LAS CONTINGENCIAS COMUNES?

Aquellos sucesos que tienen su origen en el desarrollo de una actividad laboral, es decir, se derivan, directa o indirectamente, del trabajo y que producen alteraciones de la salud que tengan la consideración de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

Las contingencias comunes son las lesiones corporales sufridas sin que medie ningún grado de relación con el trabajo (accidente no laboral) y la enfermedad común son aquellas alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, causada por el desgaste fisiológico normal, por el detrimento corporal espon-

táneo, o por la acción de elementos o sustancias que no guarden ninguna relación con el trabajo.

Nuestro Sistema de Seguridad Social establece una protección diferente, según si la situación deriva de contingencias profesionales o no, otorgando a las que tienen su origen en contingencias profesionales un tratamiento diferenciado tanto desde el punto de vista económico como desde el punto de vista de los requisitos exigidos para acceder a las prestaciones. Así:

- Se rebajan los requisitos para acceder a las prestaciones, ya que no se exige período de carencia previo, operando el principio de automaticidad de las prestaciones y presumiéndose el alta de pleno derecho aunque el empleador haya incumplido con tales obligaciones.
- Se introducen prestaciones especiales tales como las indemnizaciones por lesiones permanentes no invalidantes y las indemnizaciones a tanto alzado por fallecimiento a favor del cónyuge y los/las huérfanos/as.

- Se posibilita el resarcimiento íntegro del daño mediante la imposición del recargo de prestaciones y el ejercicio de la acción de responsabilidad civil.



2. El accidente de trabajo

4. ¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

Toda lesión corporal que la persona trabajadora sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena (artículo 156 de la LGSS).

Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo. Es decir, una vez demostrado este hecho, es el empresario quien tiene que demostrar que la lesión, trauma o defecto no se produjo a consecuencia de la realización del trabajo.

Con la aprobación de la ley 20/2007, las personas trabajadoras autónomas (trabajan por cuenta propia) tienen derecho a las prestaciones por contingencia profesionales, en el caso de los y las autónomos/as económicamente dependientes es obligatoria la cotización mientras que para el resto de los y las autónomos esta cotización es voluntaria.

5. PARA QUE SE CONSIDERE ACCIDENTE DE TRABAJO ¿QUÉ CONDICIONES DEBEN CUMPLIRSE?

Deben darse tres elementos:

- 1. Lesión corporal:** implica una acción violenta y súbita producida por un agente externo que provoca un daño, ya sea físico, psíquico o psicosomático.
- 2. Cuenta ajena:** Trabajar bajo la contratación y directrices de un empresario individual o sociedad. No

obstante, la acción protectora de la seguridad social también se amplía a las personas trabajadoras por cuenta propia (autónomos).

3. Nexo causal entre el trabajo y la lesión: La lesión corporal tiene que ser consecuencia del trabajo de dos formas.

- **Directa:** Causa directa de la acción del trabajo (por ejemplo: Caída de un operario en una obra).
- **Indirecta:** Existencia de actos íntimamente ligados con la relación laboral que provocan la lesión (por ejemplo un accidente de camino al trabajo).

6. ¿QUÉ SUPUESTOS ESTÁN CONSIDERADOS COMO ACCIDENTES DE TRABAJO?

1. Accidentes in itinere: Los que sufra la persona tra-

bajadora al ir o al volver del lugar de trabajo.

2. Actividad sindical: Los que sufra el trabajador/a con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

3. Movilidad funcional: Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute la persona trabajadora en cumplimiento de las órdenes del empresario/a o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

4. Actos de salvamento: Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

5. Enfermedades contraídas en el trabajo no catalogadas como enfermedad profesional: Las enfermedades, que contraiga el o la trabajador/a con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se

pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

6. Enfermedad previa agravada en el trabajo. Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por la persona trabajadora, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. Es decir, toda enfermedad previa que tenga el o la trabajador/a, pero que se vea agravada con el trabajo y que disminuya la capacidad del trabajador/a para realizar las tareas habituales de su puesto de trabajo, es considerado por la jurisprudencia como accidente de trabajo.

7. Complicaciones de un accidente. Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

7. ¿QUÉ NO ES ACCIDENTE DE TRABAJO?

1. Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo (fuerza mayor), entendiéndose por ésta, la que sea de tal naturaleza que no guarde ninguna relación con el trabajo que se realizaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza (Por ejemplo, una persona trabajadora que trabaja a la intemperie).

2. Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador/a accidentado. Se excluye de este supuesto la imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira. Por otro lado esta culpabilidad no será un supuesto excluyente si es realizada por un tercero o por el empresario. Existe dolo cuando el trabajador/a consciente, voluntaria y maliciosamente provoca un accidente para obtener prestaciones, por ejemplo.

8. ¿Y SI COMETO EN MI TRABAJO UNA IMPRUDENCIA LABORAL?

Se considerara accidente de trabajo la imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.

Por tanto, hay que distinguir entre dos tipos de imprudencia, la temeraria y la profesional. Y en función de si en el accidente se considera que se da con presencia de una o de la otra, variará su consideración como accidente de trabajo.

9. ¿EN QUÉ SE DIFERENCIAN LA IMPRUDENCIA PROFESIONAL Y LA TEMERARIA

- **Imprudencia temeraria:** Es la que supone un patente y claro desprecio del riesgo y de la pruden-

cia más elemental exigible al menos previsor. La conducta temerariamente imprudente excede de la normal de una persona, corriendo de modo voluntario un riesgo innecesario que pone en peligro la vida o los bienes; sometiéndose el o la trabajador/a de forma inmotivada, caprichosa y consciente a un peligro cierto (por ejemplo, cuando el o la trabajador/a accidentado/a ha actuado de manera contraria a las instrucciones u órdenes dadas por el empresario de forma reiterada y notoria en materia de prevención).

- **Imprudencia profesional:** Es aquélla que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira por la repetición de unos mismos actos o monotonía del trabajo que llevan a pérdidas momentáneas de atención susceptibles de causar el accidente (por ejemplo, trabajador/a que intenta limpiar con la mano unas virutas próximas a la fresa con la máquina en funcionamiento sufriendo lesiones).

10. ¿Y SI EL ACCIDENTE DE TRABAJO LO PROVOCA UNA TERCERA PERSONA?

Se considera accidente de trabajo los accidentes que son consecuencia de culpa civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero siempre y cuando guarden alguna relación con el trabajo (por ejemplo, los sufridos al separar una pelea entre dos trabajadores/as).

11. ¿QUÉ ES UN ACCIDENTE IN ITINERE?

Es el que sufren los trabajadores y las trabajadoras al ir o al volver de su lugar de trabajo y en el que deben incurrir determinados requisitos.

Muchas veces se piensa solo en los accidentes de tráfico que se tienen en ese camino pero también lo

son otro tipo de accidentes como un esguince andando por la calle, caerse en las escaleras del metro, caerse de la bicicleta con la que se va a trabajar, etc.

12. ¿QUÉ REQUISITOS HAN DE DARSE PARA QUE SE CONSIDERE IN ITINERE EL ACCIDENTE?

1. El accidente debe haberse producido en el trayecto habitual entre su domicilio y el lugar de trabajo: Este trayecto no se limita a la carretera que el usuario toma para ir al trabajo, sino TODO el trayecto desde que sale de la puerta de su casa, incluyendo zonas comunes de su edificio como unas escaleras o una parada de bus. Y en el domicilio no sólo se incluye su residencia legal, sino que puede tratarse de un domicilio habitual o una segunda residencia. Recientemente el Tribunal Supremo, ha ampliado el concepto de accidente 'in itinere' al desplazamiento entre el domicilio familiar y el laboral, aunque estos

se encuentren a decenas o cientos de kilómetros.

2. El motivo del desplazamiento debe ser exclusivamente por motivos laborales: se excluyen los trayectos realizados por motivos extra-laborales. Por ejemplo, no será accidente in itinere si te desvías para recoger de camino a tus hijos del colegio, pero sí, si lo haces para llevar unos documentos de la empresa.

3. El accidente debe haberse producido dentro del tiempo que normalmente se invierte en el trayecto: Que no haya habido interrupciones entre el trabajo y el accidente por otras actividades de interés personal. La reciente sentencia del Tribunal Supremo 121/2017, 14 de febrero flexibiliza este requisito.

4. Idoneidad del método y la forma de desplazamiento escogido: debe ser una forma de transporte adecuada y que no implique una situación de riesgo o situación prohibida expresamente por la empresa. Los tribunales consideran medios idóneos el uso de

elementos de transporte no contaminantes, como la bicicleta u otros elementos de transporte como los patines y el monopatín.

13. ¿QUÉ ES UN ACCIDENTE EN MISIÓN?

Es el que sucede al trabajador o trabajadora cuando, por razón de su trabajo y a fin de desempeñar una actividad encomendada por el empresario, haya tenido que desplazarse a un lugar distinto al de su trabajo habitual. Por tanto puede suceder tanto en el trayecto como el trabajo e incluso fuera de él (por ejemplo, acudir a una cena de trabajo).

14. ¿QUÉ SON LOS ACCIDENTES DE TRABAJO NO TRAUMÁTICOS?

Aquellas enfermedades que sufre el trabajador/a a

consecuencia del trabajo que desempeña por cuenta ajena y que no está legalmente tipificada como enfermedad profesional. Es decir, son aquellas enfermedades que no están en el cuadro de enfermedades profesionales, pero que tienen como origen las condiciones de trabajo a las que se ve sometido/a el trabajador/a (por ejemplo, un resfriado trabajando en una cámara frigorífica, ansiedad motivada por stress laboral...).

15. ¿CUÁNDO SE CONSIDERA QUE SE HA PRODUCIDO UN ACCIDENTE NO TRAUMÁTICO?

Es necesario que exista una relación causa – efecto, es decir, que exista un nexo causal entre el daño y la actividad laboral. No obstante, esto no significa que que sea necesario que la única causa de dicha enfermedad sea la realización del trabajo. Las enfermedades, al igual que los accidentes, no son

fortuitas sino que son multicausales. Por tanto para que se produzca un accidente o se contraiga una enfermedad deben combinarse varios factores. Cuando en la jurisprudencia se habla de establecer una relación de causa-efecto, significa determinar que una de las causas ha tenido una importancia mayor que las anteriores, pero no exclusiva.

16. ENTONCES ¿SI SUFRO UN INFARTO O UN ICTUS EN EL TRABAJO ES ACCIDENTE LABORAL?

Sí, pero para ello la jurisprudencia exige que se cumplan dos requisitos: deben ocurrir en tiempo y en lugar de trabajo.

El Tribunal Supremo considera accidente de trabajo los padecimientos o alteraciones de los procesos vitales que puedan surgir en el trabajo, como el infarto o los ictus. En consecuencia estima que si se sufre

un infarto de miocardio durante la realización del trabajo debe presumirse que es un accidente de trabajo y que esta presunción sólo puede destruirse si se prueba de manera suficiente la falta de relación entre el trabajo y la lesión sufrida. No obstante, no es suficiente para destruir dicha presunción el hecho de que el trabajador padezca o sufra la enfermedad con anterioridad o el hecho de que haya tenido síntomas de esta antes de iniciar el trabajo, ya que el propio trabajo puede ser un desencadenante de aquella.

17. HE TENIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO. ¿QUÉ DEBO HACER?

Notifica el accidente a la empresa y solicita el volante de asistencia cumplimentado y firmado. Deben constar los datos de la empresa, los tuyos, cuándo y cómo ocurrió el accidente.

18. ¿Y SI EL ACCIDENTE ES EN ITINERE O EN MISIÓN?

Se actuará de la misma manera. Debes de comunicarlo a la empresa. Además, si te encuentras en condiciones, debes de rellenar el parte amistoso de accidente o llamar a la Ertzaintza para que realice el correspondiente atestado de tráfico e indicar que ibas o venías de trabajar.

19. ¿QUÉ ES EL VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA?

Es el documento que la empresa debe cumplimentar y facilitar a las personas trabajadoras que han sufrido un accidente de trabajo para que la Mutua proceda a prestarles la asistencia sanitaria y emitir una posible baja médica.

Recuerda que el volante no sustituye al Parte de Accidente que deberá confeccionar la Empresa en los accidentes con baja.

20. ¿A DÓNDE TENGO QUE ACUDIR PARA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA?

Debes acudir a la MUTUA aportando el volante de asistencia. Procura llevarlo tú o que sea enviado por la empresa. Si el accidente es in itinere, si es leve también debes acudir a la Mutua.

21. ¿PUEDO ACUDIR A UN HOSPITAL O CENTRO MÉDICO DE OSAKIDETZA?

Sí. Cuando el trabajador/a accidentado requiera aten-

ción médica urgente (riesgo vital, amputación, secuela funcional grave, etc) hay que llamar al 112 para su traslado al centro sanitario más cercano. Debe acudir con el DNI y si hubiera perdido la consciencia o tuviera dificultades para comunicarse, debería acudir acompañado por otra persona que le ayude para comunicar sus datos personales y las circunstancias en las que se ha producido el accidente.

22. ¿QUÉ DEBO HACER SI ES UN ACCIDENTE SIN BAJA LABORAL?

La Mutua facilitará al trabajador o trabajadora el certificado médico de asistencia sin baja laboral, para que lo entregue a la empresa.

Se entiende que no causa baja laboral el accidentado que, tras recibir la asistencia sanitaria, puede reincorporarse a su lugar del trabajo el mismo día, o al día siguiente de sufrir el accidente (según las indicaciones del personal médico). Esta situación no da

derecho a percibir prestación económica de la mutua.

23. ¿DEBE LA EMPRESA PRESENTAR UNA RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA?

Sí, la empresa deberá comunicar mensualmente aquellos accidentes de trabajo que no hayan causado baja médica. Dicho documento será remitido por el empresario o trabajador por cuenta propia, en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al que se produzca el accidente sin baja. A la que será la encargada de entregarlo ante la Autoridad Laboral del Territorio Histórico donde se halle el centro de trabajo del trabajador/a accidentado/a, en un plazo máximo de diez días hábiles desde la recepción del parte de accidente.

24. ¿Y SI EL ACCIDENTE SUPONE BAJA LABORAL?

Cuando después del Accidente, la persona trabajadora no puede acudir a su trabajo al menos durante un día, el personal médico le dará la baja por accidente de trabajo por duplicado. Con ella podrá acreditar ante la empresa que se encuentra en una situación que le impide continuar trabajando.

25. ¿CUÁNTAS COPIAS ME DARÁN DEL PARTE DE BAJA? ¿QUÉ DEBO HACER CON ELLAS?

El personal médico te entregará dos copias del mismo, una para ti y otra con destino a la empresa. Debes quedarte con un con un ejemplar del parte de baja, mientras que el segundo lo entregarás en la empresa, en un plazo de tres días hábiles contados desde el mismo día de la expedición. Hasta la fecha de alta, deberás llevar periódicamente los partes de

confirmación de baja a la empresa en el plazo de tres días hábiles desde su recepción.

26. ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE RECOGER EL PARTE DE BAJA?

El parte médico de baja recogerá los datos personales del trabajador y, además, la fecha de la baja, la contingencia causante, el código de diagnóstico, el código nacional de ocupación del trabajador, 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 que lo origina.

27. ¿QUÉ DEBE HACER LA EMPRESA UNA VEZ RECIBIDO EL PARTE DE BAJA?

Cuando la empresa reciba el parte médico de baja,

cumplimentará el Parte de Accidente de trabajo a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@) en el plazo de cinco días hábiles después de la baja. Por tanto, el responsable de su cumplimentación es el empresario.

En los casos de accidentes que afectan a múltiples trabajadores, se debe rellenar un parte de accidente por cada uno de estos trabajadores accidentados.



28. ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN URGENTE DE ACCIDENTE LABORAL?

En los casos de accidentes graves, muy graves, que ocasionen el fallecimiento de la persona trabajadora y en aquellos que afecten a más de cuatro trabajadores/ras, la empresa deberá realizar una gestión adicional. Además de cumplimentar los partes de accidente, se comunicará el accidente, en el plazo de 24 horas, a la autoridad laboral del territorio Histórico donde haya ocurrido el accidente (a la delegación de trabajo).

La comunicación contendrá la razón social, domicilio y teléfono de la empresa, nombre de las personas accidentadas y la descripción del accidente, así como el lugar donde ocurrió. Para notificar dicha comunicación se utilizará el Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (sistema Delt@).

29. ¿QUÉ ES EL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO?

En los accidentes con baja es el documento oficial por el cual el empresario comunica, a la Mutua con la que tenga concertadas las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la ocurrencia de un accidente de trabajo, la forma en que se produjo, el lugar y las consecuencias del mismo.

El parte de trabajo debe contener:

- Datos personales del trabajador accidentado: nombre y apellidos, sexo, número de afiliación a la seguridad social, fecha de nacimiento, domicilio, antigüedad en la empresa, etc.
- Centro de trabajo en el que el trabajador está dado de alta en la Seguridad Social.
- Lugar y centro de trabajo donde ha ocurrido el accidente: Se debe indicar el tipo de lugar, en el

centro o lugar de trabajo habitual o en desplazamiento en su jornada laboral o al ir o volver del trabajo (in itinere) o en otro centro o lugar de trabajo.

- Datos del accidente (forma en que se ha producido el accidente): fecha del accidente, fecha de la baja médica, descripción del accidente, causas, etc.
- Datos asistenciales y datos económicos.
- Actores implicados.

30. ¿Y SI LA EMPRESA NO REMITE A LA AUTORIDAD LABORAL LA RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO O NO SE COMUNICA EL ACCIDENTE DE TRABAJO?

El Texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, (RDL 5/2000, de 4 de

agosto) establece que son Infracciones leves que se sancionan con multas de 40€ a 2.045€, no dar cuenta, en tiempo y forma, a la autoridad laboral, de los accidentes de trabajo ocurridos cuando tengan la calificación de leves. (art.11.2).

Por su parte, constituye infracción grave, que puede ser sancionadas con multa de 2.046 € a 40.985€, NO dar cuenta en el plazo máximo de 24 horas a la autoridad laboral de los accidentes de trabajo ocurridos que tengan la consideración de graves, muy graves o mortales.

31. ¿QUÉ SUCEDE SI TENGO DOS TRABAJOS Y SUFRO UN ACCIDENTE LABORAL EN UNO DE ELLOS (PLURIEMPLEO)?

Pluriempleo es la situación del trabajador por cuenta ajena que trabaja para dos empresarios distintos.

Según la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en los casos de pluriempleo en los supuestos de accidente laboral, el accidente de trabajo afecta a las dos empresas, es decir, tanto aquella donde se haya producido el accidente como aquella en la que no se haya producido, de manera que cada uno de los dos empleadores debe enviar un parte de accidente de trabajo, aunque la asistencia médica deberá prestarse por la Mutua de la empresa donde haya ocurrido el accidente. Si el accidente se produce in itinere la asistencia deberá prestarse por la Mutua de la empresa hacia la que se dirigía el o la trabajadora o volvía de trabajar.

Si se da la baja por el personal médico, debe causar baja en todas las empresas en las que esté dado de alta, independientemente del tipo y grado de incapacidad que tenga y también del tipo de contrato y de las labores concretas que haga en cada una de las empresas, debiendo el trabajador presentar la baja en ambas. Es decir, si al trabajador se le da la baja en una de las empresas automáticamente debe causar baja en todas las demás y permanecer de

baja en todas el mismo período. el trabajador debe entregar los partes de baja médica en cada una de las empresas.

La Sala Social del Tribunal Supremo en Sentencia 478/2017, de 6 de Junio establece que deben ser ambas Mutuas las que deben abonar la prestación.

32. ¿LA MUTUA ME REALIZARÁ UN SEGUIMIENTO MIENTRAS ESTOY DE BAJA POR ACCIDENTE LABORAL? ¿DEBO ACUDIR?

Sí, hasta el momento en que la MUTUA te dé el alta deberás acudir para recibir la atención sanitaria o rehabilitadora que te hayan prescrito.

Cuando por el estado del enfermo, este, no pueda desplazarse a la MUTUA, el personal médico podrá desplazarse a donde se encuentre.

33. ¿QUIÉN PAGA LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO?

La compensación del coste de los traslados necesarios para recibir atención sanitaria en caso de accidente laboral corresponde a la MUTUA.

Los medios de transporte a utilizar se determinan en función de la necesidad, que decide el médico encargado de tu tratamiento son:

Medios ordinarios: Cuando se trata de transporte colectivo: autobús, metro, tren, autocar, tranvía... El reintegro de estos gastos no necesita autorización médica. Es necesario presentar los correspondientes billetes para su abono.

Medios especiales: son el taxi, el vehículo particular y el transporte sanitario (tanto ambulancia como transporte sanitario colectivo). Es necesaria la autorización del médico. En el caso del taxi es necesario el resguardo del trayecto en el que debe aparecer el

origen y destino; el importe y los datos fiscales. En el caso del vehículo particular se abonará el número de kilómetros. En el caso de ambulancia y/o transporte sanitario colectivo, su utilización estará condicionada al estado de salud de la persona accidentada.

Si resides en la misma ciudad donde recibes la asistencia médica por parte de la Mutua: Cuando te citen a reconocimiento médico se abonarán los gastos de desplazamiento en medios de transporte colectivo. Sólo se abonarán los gastos de desplazamiento en taxi o en ambulancia cuando tu estado de salud requiera el uso de dichos medios de transporte, siendo necesario, su prescripción por el facultativo de la mutua.

Si resides en distinta localidad de la que se preste la asistencia sanitaria derivada de riesgos: Tendrás derecho al abono de los gastos de desplazamiento en autobús, ferrocarril y taxi. También tendrás derecho a la compensación de los gastos de desplazamiento en taxi cuando la utilización de este medio de transporte sea prescrita por el facultativo que atienda o

preste la asistencia sanitaria.

Se deberá presentar el correspondiente billete para su abono en el caso de uso de medios de transporte público. Si se usa el vehículo privado se pagará el kilómetro a 0,19 céntimos de euros. En el supuesto de desplazamiento en taxi, se abonará el gasto justificado por factura o documento similar que contenga los datos fiscales que incluye aquélla; en ambos casos se detallará el origen y el destino del trayecto. Igualmente se justificará mediante factura la utilización de ambulancia, cuando proceda en los supuestos de comparecencia a reconocimiento médico.

En el supuesto de que se considere imprescindible acompañante, y así se informe por el facultativo de la Mutua, podrán ser abonados los gastos de desplazamiento del acompañante en medio ordinario de transporte.



3. La enfermedad profesional

34. ¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Es la contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena y trabajadores/as autónomos en las actividades que se especifiquen en el cuadro del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, y que esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional (art 157 LGSS).

Para que se reconozca como enfermedad profesional debemos seguir un procedimiento denominado de declaración y que tiene varias fases (declaración, notificación, reconocimiento y registro).

35. ¿CUÁLES SON SUS REQUISITOS?

Los requisitos necesarios para apreciar que la enfermedad es profesional (laboral) son los siguientes:

- a. Que la enfermedad sea contraída a consecuencia del trabajo por cuenta ajena.
- b. Que la enfermedad sea consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro recogido del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre.
- c. Que la patología proceda de la acción de elementos o sustancias que en el cuadro reglamentario se indiquen para cada enfermedad profesional.

36. ¿Y QUÉ SIGNIFICA QUE ESTÉ RECOGIDA EN EL CUADRO?

El cuadro supone que solo se reconocerán como enfermedad profesional aquellas enfermedades que fi-

guren recogidas en la lista, de manera que si una persona trabajadora sufre una enfermedad que figura en la lista y su actividad profesional le pone en contacto con el agente nocivo generador de la enfermedad, tal y como se describe en la lista, se le reconoce como enfermedad profesional.

37. ¿Y SI LA ENFERMEDAD NO ESTÁ RECOGIDA EN EL CUADRO?

Las enfermedades contraídas como consecuencia del trabajo y que no están recogidas en el cuadro del Real Decreto 1299/2006 como enfermedades profesionales, podrán ser consideradas, a efectos legales, como accidentes de trabajo.

Es decir, no toda enfermedad de trabajo es considerada profesional, lo que significa que aquellas enfermedades que se contraen con ocasión o como consecuencia del trabajo por cuenta ajena y no están incluidas en el cuadro de enfermedades pro-

fesionales serán consideradas como enfermedades derivadas o relacionadas con el trabajo y podrán recibir la protección prevista para los Accidentes de Trabajo.

38. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENEN LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES?

- Inicio lento
- No violenta, sino oculta y/o de aparición retardada.
- Previsible. Se conoce por indicios lo que va a ocurrir.
- Progresiva.

39. ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN O FAVORECEN LA APARICIÓN DE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

- El tiempo de exposición.
- La concentración del agente contaminante en el ambiente de trabajo.
- Las características personales del trabajador.
- La presencia de varios contaminantes al mismo tiempo.

40. ¿CÓMO SE CLASIFICAN SEGUN LA LEY LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES?

Las enfermedades profesionales se clasifican en 6 grupos dependiendo del agente que las causa:

- Grupo 1: Causadas por agentes químicos (plomo, mercurio, cadmio, manganeso, cromo, níquel, berilio, etc).
- Grupo 2: Causadas por agentes físicos (radiaciones ionizantes, vibraciones, hipoacusia, etc).
- Grupo 3: Causadas por agentes biológicos (helminCIAS, legionela, hepatitis, etc).
- Grupo 4: Causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados (asma, asbestosis, etc).
- Grupo 5: De la piel, causada por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados (aditivos, conservantes, etc).
- Grupo 6: Causadas por agentes carcinogénicos (cancer de piel, carcinoma , mesotelioma, etc).

41. ¿QUÉ DEBO HACER SI CREO QUE PADEZCO UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Si crees que tu problema de salud o enfermedad, ha sido adquirido durante tu trabajo, debes acudir a la Mutua. Si el personal médico considera que la enfermedad es profesional deberá elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional, además de prestarte asistencia sanitaria.

Así mismo podrá darte la baja o considerar que la enfermedad profesional no requiere baja. Cabe también un periodo de observación.

42. ¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE EL PERIODO DE OBSERVACIÓN?

Es la situación del o de la trabajador/a durante el tiempo necesario para el estudio médico de su en-

fermedad cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo, siempre que lleve consigo la baja en el trabajo.

El período de observación tendrá una duración máxima de seis meses y podrá ser prorrogado por igual plazo cuando se estime necesario. Al término del período de observación, el o la trabajador/a pasará a la situación que proceda (incapacidad, alta por curación) o continuará en la de incapacidad laboral.

43. ¿QUIÉN TRAMITA ESTE PARTE ?

El parte de enfermedad profesional será comunicado por la Mutua a la Seguridad Social por medios electrónicos a través de la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales, Seguridad Social). No obstante, si así lo piden el o la trabajador/a el empresario, deberá entregárselo en papel.

44. ¿QUÉ PLAZO TIENE LA MUTUA PARA COMUNICARLO?

La comunicación inicial del parte habrá de efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional.

Así mismo, la Mutua deberá transmitir la totalidad de los datos que integran el parte en el plazo máximo de los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial. Para ello, la empresa deberá remitir a la Mutua toda la información que esta le pida.



Si la empresa no remitiese dicha información se tramitará el parte de enfermedad profesional poniendo el citado incumplimiento en conocimiento de la autoridad laboral.

45. ¿QUÉ ES LA DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL Y EN QUÉ CONSISTE?

La declaración de enfermedad profesional tiene por objeto su registro y control para la reparación del daño causado a la persona trabajadora mediante las prestaciones que le correspondan.

46. ¿QUIÉN ES EL COMPETENTE PARA RECONOCERLA?

El INSS es el órgano competente para declarar y reconocer una enfermedad como profesional.

47. ¿Y SI LA MUTUA ME DICE QUE NO ES ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Si la Mutua no la considera enfermedad profesional, deberás acudir al personal médico de Osakidetza para que valore si la enfermedad es o no profesional. Es el denominado sistema de sospecha de enfermedad profesional. A la vez deberás presentar una reclamación a la Mutua.

48. ¿QUÉ ES EL SISTEMA DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Cuando el personal médico de Osakidetza tuviera conocimiento de la existencia de una enfermedad que podría ser calificada como profesional, lo comunicarán, a través de la Inspección Médica de Osaki-

detza al INSS y a la MUTUA para su calificación.

Para ello el personal médico dispone de unas tablas de correspondencia del cuadro de enfermedades profesionales con los principales síntomas y diagnósticos de las mismas.

El personal médico de Osakidetza lo trasladará a la Inspección Médica, que contará con el apoyo, de la Unidad de Salud Laboral de OSALAN.

49. ¿ES, POR TANTO, MUY IMPORTANTE EL PAPEL DE LOS MÉDICOS DE OSAKIDETZA?

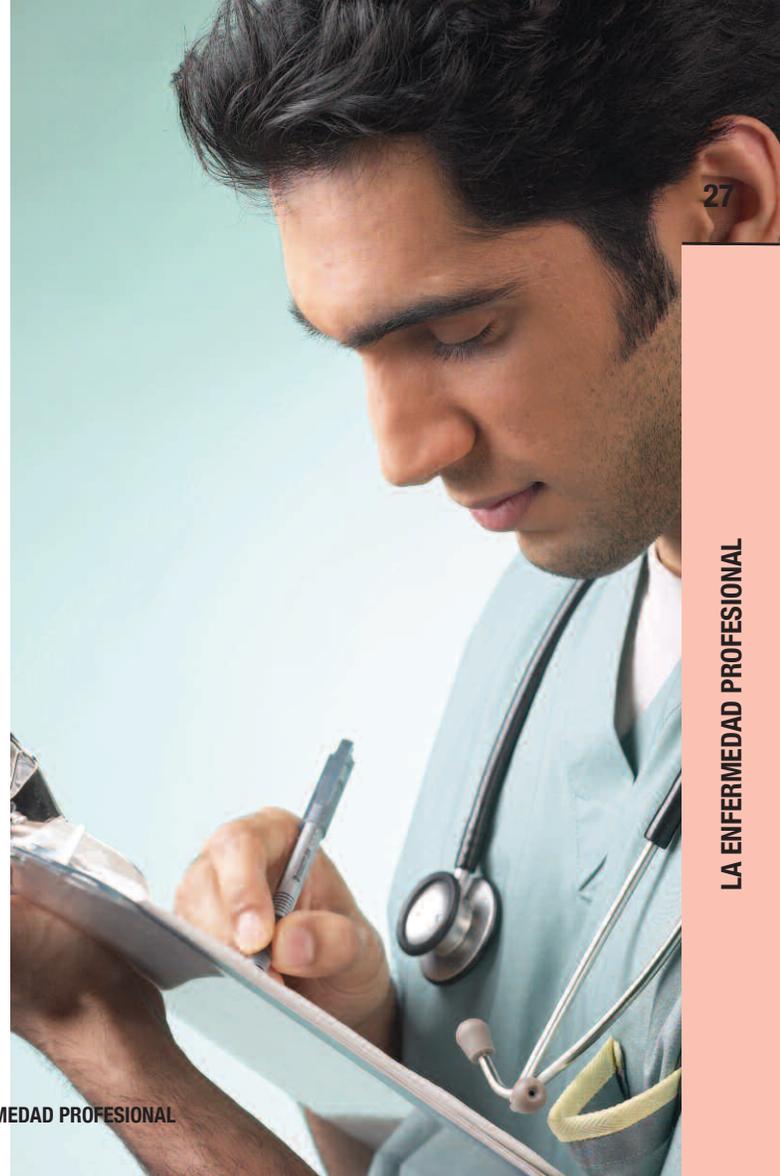
Sí, por que es el personal médico el que habitualmente atiende en primera instancia a la persona trabajadora. Y de ahí la importancia que tienen en la identificación del posible origen laboral de determinadas enfermedades.

50. ¿INTERVIENEN TAMBIÉN EN LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN?

Sí, pues una de las funciones principales de los Servicios de Prevención es la vigilancia de la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

Los exámenes de vigilancia de la salud realizados a los trabajadores/as por el personal sanitario de los Servicios de Prevención tienen como uno de sus objetivos principales la detección precoz de las alteraciones de salud relacionadas con el trabajo (las enfermedades profesionales).

Si como resultado de los exámenes de salud se detecta una posible enfermedad profesional, los médicos de los Servicios de Prevención tienen obligación, respecto a la comunicación de sospecha de enfermedades profesionales, de remitirlo al organismo competente.



4. Obligaciones del empresario frente al accidente de trabajo y la enfermedad profesional

51. ¿TIENE EL EMPRESARIO OBLIGACIONES SI SE PRODUCE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Sí, el empresario como responsable de las consecuencias derivadas de los accidentes de trabajo y

de las enfermedades profesionales, debe cubrir la protección de estos riesgos mediante un concierto con una Mutua desde el momento en el que se inscribe en la Seguridad Social. Las primas del seguro las fija el Gobierno como cuotas de la Seguridad Social. El pago de las mismas corresponde exclusivamente al empresario, siendo nulo todo pacto mediante el cual el o la trabajador/a se vea obligado a pagar la prima.

52. ¿Y SI EL EMPRESARIO NO PAGASE ESTA PRIMA O NO ASEGURASE AL TRABAJADOR/A?

Si el empresario incumpliera con la obligación de aseguramiento y/o alta, el trabajador/a se verá protegido a través de automaticidad de las prestaciones, que implica que el o la trabajador/a no queda sin protección, sino que el Estado responderá aunque luego se lo reclamará al empresario.

53. ¿DEBE EL EMPRESARIO INVESTIGAR EL ACCIDENTE O LA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Sí, el artículo 16.3 de la LPRL establece que cuando se haya producido un daño para la salud de los y las trabajadores/as o cuando, con ocasión de la vigilancia de la salud aparezcan indicios de que las medidas de prevención resultan insuficientes, el empresario llevará a cabo una investigación para detectar las causas de estos hechos.

54. ¿DEBE REVISARSE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS?

Sí, se deberá revisar la evaluación correspondiente a aquellos puestos de trabajo cuando se hayan detectado daños a la salud de los y las trabajadores/as o se haya apreciado a través de controles periódicos,

incluidos los relativos a la vigilancia de la salud, que las actividades de prevención pueden ser inadecuadas o insuficientes.

Para ello se tendrán en cuenta los resultados, entre otros, de la investigación sobre las causas de los daños para la salud que se hayan producido y el análisis de la situación epidemiológica.

55. ¿Y TIENE OBLIGACIONES EN RELACIÓN A LA VIGILANCIA DE LA SALUD?

Sí, el empresario deberá garantizar a sus trabajadores/as la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, mediante pruebas específicas.

56. ¿EXISTE ALGUNA ESPECIALIDAD EN RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Y LA VIGILANCIA DE LA SALUD?

El artículo 243 de la LGSS obliga a que todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales deberán practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores/as que hayan de ocupar aquellos y a realizar los reconocimientos periódicos. Estos reconocimientos médicos serán a cargo de la empresa y tendrán el carácter de obligatorios para el trabajador, siendo gratuitos.

En estas empresas no se podrán contratar trabajadores que en el reconocimiento médico no hayan sido calificados como aptos para desempeñar los puestos de trabajo ni podrán continuar cuando no se mantenga la declaración de aptitud en los reconocimientos sucesivos.

57. ¿Y SI NO REALIZAN ESTE RECONOCIMIENTO?

El artículo 244 de la LGSS establece que el incumplimiento por parte de la empresa de la obligación de efectuar los reconocimientos médicos previos o periódicos en aquellos puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales la convertirá en responsable directa de todas las prestaciones que puedan derivarse, en casos de enfermedad profesional.



5. Prestaciones a las que el o la trabajador/a tiene derecho

58. SI SUFRO UN ACCIDENTE LABORAL O UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL ¿QUÉ PRESTACIONES ME CORRESPONDEN COMO TRABAJADOR/A?

Se tienen derecho a una serie de prestaciones:

- Asistencia sanitaria y farmacéutica.
- Prestación por Incapacidad Temporal.

- Lesiones permanentes no invalidantes.
- Incapacidad permanente.
- Muerte y supervivencia.

59. ¿EN QUÉ CONSISTE LA ASISTENCIA SANITARIA?

La Ley General de la Seguridad Social establece que el objetivo es el restablecimiento de la salud de la persona accidentada y su capacidad laboral. Se trata de una reparación íntegra del daño incluyendo tratamiento médico, cirugía plástica y regeneradora, suministro de prótesis y ortopedia, rehabilitación, implantación de piezas dentales, gastos por desplazamientos fuera del domicilio.

60. ¿Y LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL?

Desde el día siguiente al de la baja y sin necesidad de periodo previo de cotización y 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.

Esta prestación se calcula teniendo en cuenta las bases de cotización y horas extras del mes anterior de trabajo, percibiendo el trabajador el 75%. Algunos convenios establecen mejoras a cargo de la empresa, pudiendo alcanzar así el 100% de la prestación. En caso de que la empresa no esté reembolsando el subsidio de IT al trabajador, este puede exigir el pago directo de la aseguradora.

61. ¿CUÁNDO CORRESPONDEN LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES?

Las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo de la Orden ESS/66/2013. La prestación consiste en una indemnización que se concede por una sola vez, su cuantía está fijada por baremo, es compatible con el trabajo en la misma empresa e incompatible con las prestaciones de incapacidad permanente, por las mismas.

El organismo competente para reconocer dichas lesiones es la entidad gestora, es decir, el INSS, a través de Dictamen propuesta, no obstante, la indemnización es reembolsada por la entidad aseguradora.

62. ¿EN QUÉ SUSPUESTOS PUEDO PEDIR LA JUBILACIÓN PERMANENTE?

Cuando el trabajador o la trabajadora, tras el accidente de trabajo, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo. Se clasificará con arreglo a los siguientes grados:

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: La prestación económica correspondiente a la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, consistirá en una cantidad a tanto alzado. Es la que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al

33% en el rendimiento normal para su profesión sin impedirle otras tareas fundamentales de la misma. La cuantía a percibir será el importe de 24 mensualidades de la base reguladora que sirvió para el cálculo de la prestación de Incapacidad Temporal.

Incapacidad permanente total (IPT) para la profesión habitual de trabajadores por cuenta ajena; La cuantía de la pensión de incapacidad permanente total no podrá resultar inferior al 55 por ciento de la base mínima de cotización para mayores de dieciocho años, en términos anuales, vigente en cada momento. Se incrementará en un 20% de la prestación para aquellas personas beneficiarias que sean mayores de 55 años y la soliciten expresamente.

Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo. Es aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. La cuantía de la prestación será el 100% de la base reguladora y la pensión será vitalicia.

Gran invalidez: a consecuencia de pérdidas anató-

micas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida. La cuantía a percibir es la misma que para la Incapacidad Permanente Absoluta y se incrementa en un 50% destinado a la persona que atiende.

63. ¿Y SI EL TRABAJADOR O LA TRABAJADORA FALLECE?

Auxilio por defunción: Los familiares del fallecido que hayan sufragado los gastos del sepelio, tendrán derecho a una indemnización, según la Ley General de la Seguridad Social. Esta ayuda prescribe a los 5 años del fallecimiento del trabajador, y para optar a ella no se exige un período previo de cotización.

Indemnizaciones en caso de fallecimiento: Existen también otras indemnizaciones especiales en caso de muerte por accidente de trabajo. Beneficiarios y

cuantía: Viudo/a: 6 mensualidades de la base reguladora, calculada igual que en la pensión de viudedad; Huérfanos: 1 mensualidad de la base reguladora; Padre y/o madre: 9 mensualidades en caso de madre o padre, y 12 si sobrevivieran ambos. En este caso se tienen que cumplir unos requisitos tales como que: No exista ningún familiar con derecho a pensión por muerte o supervivencia y no tengan derecho a prestación en favor de familiares, vivieran a expensas del fallecido.

Prestaciones de viudedad, orfandad y familiares: En este caso, el cónyuge superviviente (viudedad), los hijos menores de 18 años o menores de 22 años o de 24 si son huérfanos absolutos, si no trabajan o, si lo hacen, los ingresos que obtengan sean inferiores al 75% del Salario Mínimo Interprofesional (orfandad) o los familiares próximos al fallecido, tendrán derecho a recibir el pago de una pensión. Requisitos: Si es trabajador/a y ha fallecido por accidente o enfermedad profesional, no se exige periodo previo de cotización. Cuantía:

1. Viudedad: 52% de la base reguladora del fallecido.
2. Orfandad: 20% de la base reguladora para cada huérfano, pudiendo incrementarse con el 46% correspondiente a la pensión de viudedad, si no existe cónyuge sobreviviente. Límite 100%.
3. Familiares: 20% de la base reguladora (Real Decreto Legislativo 1/94) de 20 de Junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

64. ¿QUÉ SUCEDE SI EL ACCIDENTE SE DEBE A FALTA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD?

Una de las obligaciones empresariales es velar por la salud de los trabajadores, y para ello, está obligado a cumplir todas las exigencias relacionadas con la prevención de riesgos laborales. Por ello, cuando se produce un accidente laboral como con-

secuencia de una infracción de las normas de prevención de riesgos laborales, el empresario estará obligado a abonar un recargo de las prestaciones a las que tiene derecho el trabajador.

65. ¿EN QUÉ CONSISTE EL RECARGO DE PRESTACIONES?

El empresario tendrá que abonar al o la trabajador/a una cuantía que supone un 30% o 50% más de la prestación a la que tiene derecho el trabajador, afectando a todas las prestaciones de la Seguridad Social, ya sea durante la incapacidad temporal o si se determina la declaración de una incapacidad permanente. Para ello, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

1. La existencia de un accidente laboral.
2. El incumplimiento por parte del empresario de las obligaciones de prevención de riesgos laborales.

3. Relación directa, existencia de un nexo causal, entre el accidente o enfermedad y el incumplimiento del empresario de la prevención de riesgos laborales.
4. El derecho del trabajador de recibir una prestación económica por parte de la Seguridad Social.

66. ¿QUIÉN FIJA LA CUANTIA Y A QUIÉN CORRESPONDE EL PAGO?

La fijación del porcentaje de recargo queda a discrecionalidad del juez o inspección de trabajo en relación con la gravedad del incumplimiento empresarial. La responsabilidad del pago recae directamente sobre el empresario. Es compatible con cualquier tipo de indemnización u otra acción legal que pudiera corresponderle a la persona trabajadora.

El procedimiento habitual es que la Inspección de Trabajo, cuando conoce de la existencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que

puede dar lugar a un recargo por falta de medidas de seguridad, realice un informe, con una propuesta de recargo y lo remita al INSS para que este trámite el expediente y en su caso acuerde el recargo. Si la inspección de trabajo no conoce la existencia de un accidente de trabajo, deberá ser el trabajador el que solicite al INSS el inicio del expediente. Iniciado el expediente, el INSS pone en conocimiento de todas las partes implicadas, entre ellas, la empresa, de la apertura del expediente. El plazo máximo para resolver el expediente de recargo por parte del INSS es de 135 días hábiles.

El plazo de prescripción para reclamar el recargo de prestaciones es de 5 años y se inicia cuando la última prestación ha sido reconocida.

67. ¿QUÉ DAÑOS PUEDEN RECLAMARSE?

Puedes reclamar los siguientes daños:

- Daños corporales: Lesiones físicas y psíquicas.
- Daños patrimoniales: que son daños emergentes, todos aquellos daños que se produzcan en bienes materiales, así como los mayores gastos a soportar por el lesionado como consecuencia del accidente y el lucro cesante o la pérdida de ingresos y expectativas de mejoras profesionales y de otro carácter por parte del lesionado.
- Daño moral: consecuencias negativas, no integradas en las categorías anteriores, que el accidente haya derivado en la vida personal del trabajador.

68. ¿PUEDO RECLAMAR UNA INDEMNIZACIÓN POR UN ACCIDENTE LABORAL O E.P?

Sí, los accidentes de trabajo pueden ocasionar a los

y los trabajadores/as que los sufren una serie de daños que no quedan cubiertos por las prestaciones que otorga el Sistema de Seguridad Social (daño moral) en caso de culpa o negligencia del empresario.

Por tanto, cuando el accidente se ha producido por falta de medidas de seguridad y ha producido al trabajador daños físicos o psíquicos, éste podrá exigir a la empresa, ante los tribunales laborales, una indemnización económica por daños y perjuicios

Pero no se debe confundir la indemnización civil por daños con otras prestaciones similares cubiertas por el Sistema de Seguridad Social como el recargo de prestaciones o con las indemnizaciones a tanto alzado derivadas de lesión permanente no invalidante o de incapacidad permanente parcial.

69. ¿Y QUÉ SE EXIGUE PARA RECLAMARLO?

1. Daños a la persona trabajadora producidos por el accidente.
2. Acción u omisión en la producción del daño, es decir, incumplimiento de las obligaciones legales del empresario en materia de Seguridad y Salud Laboral.
3. Negligencia o culpa del empresario, ya que de no existir este elemento culpabilístico no cabe responsabilidad objetiva del empresario, al no quedar cubierta la fuerza mayor o la imprudencia temeraria de la víctima.
4. Relación de causalidad entre la conducta del empresario y el daño, lo que implica que la conducta empresarial sea directamente responsable bien por acción u omisión de la producción del daño.

70. ¿LA ENFERMEDAD PROFESIONAL TIENE ALGUNA PROTECCIÓN ADICIONAL?

Sí, pues cabe un cambio de puesto de trabajo, pero con matices. El Real Decreto 1430/2009 de 11 septiembre indica que el o la trabajador/a al que se le haya diagnosticado una enfermedad profesional que no de origen a una prestación económica, es decir, una incapacidad, se le trasladará a un puesto compatible con su estado de salud, con objeto de interrumpir la desfavorable evolución de su enfermedad.

Así mismo, si un trabajador o trabajadora que padezca una enfermedad profesional es contratado por otra empresa distinta de aquella en que trabajaba cuando se constató la existencia de la enfermedad profesional, deberá ser empleado en un puesto de trabajo compatible con su estado de salud.

71. ¿Y SI NO HAY PUESTO COMPATIBLE CON LA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Si no hay puesto compatible, el trabajador debe ser dado de baja en la empresa, previa conformidad de la Inspección de Trabajo, e inscrito con carácter preferente para búsqueda de empleo en LANBIDE. Mientras no tenga trabajo, el o la trabajador/a tiene derecho a percibir un subsidio equivalente a su salario íntegro.

El tiempo máximo de percepción (subsidio equivalente al salario íntegro) es de 30 meses: 12 meses a cargo de la empresa, 6 meses a cargo del ente asegurador y 6 meses prorrogables por otros 6, a cargo del régimen de desempleo, en determinadas condiciones.



6. La recaída

72. ¿QUÉ ES UNA RECAIDA?

Si tras tu accidente laboral o enfermedad profesional te dan el alta, se considera recaída en un mismo proceso de incapacidad 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.

Por lo tanto, si transcurren más de 180 días se trataría de un incapacidad temporal diferente, aunque sea por la misma dolencia y no hablaríamos de una recaída.

73. ¿QUÉ EFECTOS TIENE LA CONSIDERACIÓN DE RECAIDA?

La recaída sufrida por el o la trabajador/a tiene los efectos de continuar la incapacidad temporal iniciado en su momento, y en consecuencia, cobrará en función de los días que llevase de baja por incapacidad temporal añadiendo los días iniciados en la anterior incapacidad.

74. ¿Y ME DAN LA BAJA LABORAL POR RECAIDA?

Sí, ya que la baja médica de la persona trabajadora se da como consecuencia directa de un accidente anterior. Se deberá tramitar un parte de recaída, siempre que después de la primera baja médica y posterior alta, se produzca una nueva baja motivada por ese mismo accidente. Se ha de consignar la fecha del accidente que originó la baja.

75. ¿QUÉ SUCEDE SI LA RECAIDA SE PRODUCE EN UNA I.T. CUYA DURACIÓN NO HA SUPERADO LOS 545 DÍAS?

El límite de la incapacidad temporal es de 545 días. Concretamente 365 días, pudiendo el INSS conceder una prórroga de 180 días si considera que durante ese tiempo el o la trabajador/a podrá recuperarse y reincorporarse a su trabajo. Para el cálculo de estas duraciones máximas se tendrán en cuenta los períodos de recaída. Por ello, la recaída sufrida por el o la trabajador/a tiene los efectos de continuar la incapacidad temporal iniciada en su momento.

76. ¿Y SI RECAIGO TRAS DENEGARME LA INCAPACIDAD PERMANENTE?

El INSS es el único competente para emitir una nueva baja médica por la misma o similar patología. En cuanto a la contabilización de los 180 días naturales, éstos comenzarán a contar desde la resolución denegatoria de la incapacidad permanente.

No se podrá superar, sumando todos los periodos de baja; los anteriores a la denegación de la incapacidad permanente y los de esta recaída, los 545 días.

77. ¿Y SI RECAIGO DESPUÉS DE HABER SUPERADO LOS 545 DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL?

Cuando se haya superado el periodo máximo de I.T. establecido en 545 días, sólo podrá generarse derecho a la prestación económica de incapacidad temporal por la misma o similar patología, si media un periodo superior a 180 días naturales, a contar desde la resolución de la incapacidad permanente.

7. La determinación de la contingencia

78. ¿QUÉ ES LA DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA?

Es un procedimiento administrativo para determinar si una patología o enfermedad que sufre un trabajador o una trabajadora es común o laboral. Acudiremos a él cuando la mutua no nos reconozca el accidente laboral o la enfermedad profesional y nos remita a OSAKIDETZA.



79. ¿QUIÉN PUEDE SOLICITARLO?

1. El o la trabajador/a o su representante legal.
2. Instituto Nacional de la Seguridad Social de OFICIO.
3. La Mutua.

80. ¿CÓMO SE INICIA Y ANTE QUIÉN?

Mediante la presentación de un formulario (<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/189095.pdf>) acompañado de los informes y pruebas médicas y otros medios de prueba ante el INSS.

81. ¿QUÉ ACTUACIONES REALIZA EL INSS TRAS LA PRESENTACIÓN?

El INSS comunica la iniciación del procedimiento a OSAKIDETZA y a la mutua para que, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles alegen lo que consideren y aporten documentación.

82. ¿Y SI TENGO LA BAJA POR ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL?

Te pagarán la prestación de incapacidad temporal hasta la fecha de resolución del procedimiento y si la resolución determina el carácter profesional de la contingencia, la mutua deberá abonarte la diferencia que proceda.

83. ¿QUIÉN RESUELVE Y EN QUÉ PLAZO?

El director provincial del INSS dictará la resolución en el plazo máximo de quince días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes.

84. ¿Y QUÉ DECIDE?

Si la contingencia de la que se deriva la I.T. es común o si el proceso es o no recaída de otro anterior.

Quien debe las prestaciones económicas y sanitaria.

85. ¿Y SI NO ESTOY CONFORME?

Puedes acudir a los tribunales en un plazo de 30 días desde la recepción de la notificación.

8. Curación, alta, periodo máximo de I.T. y otras cuestiones

86. ¿CUÁNDO ME DARÁ EL ALTA LA MUTUA?

Cuando las lesiones sufridas por el trabajador o trabajadora accidentados estén curadas, y el periodo de incapacidad transitoria no pase de 365 días la Mutua emitirá el parte médico de alta laboral, debiendo reincorporarse el trabajador o la trabajadora a su puesto de trabajo al día siguiente al alta, entregando a la empresa dicho parte. Este parte se tramitará por el Sistema Red en el plazo de tres días

hábiles desde la recepción, de la misma forma que el de baja, (consta del mismo número de copias).

Con su emisión, finaliza la situación de incapacidad temporal, cesando el pago del subsidio por parte de la mutua.

87. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CURACIÓN?

Se entiende por curación, la declaración médica de sanación completa de las lesiones derivadas del accidente sin que exista ningún tipo de secuelas en el accidentado en las que se determina que el trabajador no está incapacitado para desarrollar sus quehaceres laborales con normalidad y no requiere de tratamiento médico.

88. ¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY CONFORME CON EL ALTA Y CONSIDERO QUE ME LA HAN DADO PREMATURAMENTE?

Si la mutua te da el alta antes de los 365 días y consideras que no estás curado puedes impugnar esa alta ante el INSS en el plazo de los diez días hábiles siguientes al de su notificación.

89. ¿CÓMO SE REALIZA?

Mediante solicitud ante el INSS donde constarán los motivos de la disconformidad con dicha alta médica. Junto a la solicitud que se puede obtener en la página web del INSS, se acompañará necesariamente el historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trate o, en su caso, copia de la solicitud de dicho historial.

90. ¿SE DEBE COMUNICAR A LA EMPRESA?

Sí, la persona interesada que inicie el procedimiento de revisión, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente su solicitud o en el siguiente día hábil.

91. ¿QUÉ SUCEDE CON EL ALTA EMITIDA POR LA MUTUA?

La iniciación del procedimiento de revisión suspenderá los efectos del alta médica emitida por la Mutua, debiendo entenderse prorrogada la situación de incapacidad temporal derivada de contingencia profesional durante la tramitación de dicho procedimiento, manteniéndose, en su caso, el abono de la prestación en la modalidad de pago delegado, sin perjuicio de que posteriormente puedan considerarse indebidamente percibidas las prestaciones económicas de la incapacidad temporal.

92. ¿QUÉ ACTUACIONES REALIZA EL INSS?

El INSS, comunicará a la mutua el inicio del procedimiento especial de revisión para que, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles, aporte los antecedentes relacionados con el proceso de incapacidad temporal de que se trate e informe sobre las causas que motivaron la emisión del alta médica. En el caso de que no se presentara la citada documentación, se dictará la resolución que proceda, teniendo en cuenta la información facilitada por la persona interesada.

Asimismo, El INSS comunicará a la empresa el inicio del procedimiento en el plazo de los dos días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud por parte de la persona interesada.

93. ¿QUÉ PUEDE RESOLVER EL INSS?

El director provincial del INSS dictará, en el plazo máximo de quince días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de la Mutua, la resolución que corresponda, previo informe preceptivo del equipo de valoración de incapacidades, que debe examinar y valorar el caso concreto.

La resolución que se dicte determinará la fecha y efectos del alta médica o el mantenimiento de la baja médica, fijando, en su caso, la contingencia de la que deriva el proceso de incapacidad temporal, así como, en su caso, la improcedencia de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación del procedimiento especial de revisión por el servicio público de salud. En consecuencia, el procedimiento terminará con alguno de los siguientes pronunciamientos:

a) Confirmación del alta médica emitida por la mutua y declaración de la extinción del proceso de incapacidad temporal en la fecha de la mencionada alta.

b) Mantenimiento de la situación de incapacidad temporal derivada de contingencia profesional, por considerar que el o la trabajadora accidentado/a continúa con dolencias que le impiden trabajar. Por tanto, el alta médica emitida por la Mutua no producirá efectos.

94. ¿Y SI MIENTRAS SE RESUELVE ME RECUPERO?

Cuando la persona interesada durante la resolución se hubiera recuperado, se podrá declarar sin efectos el alta médica. En este caso la resolución determinará la nueva fecha de efectos del alta médica y extinción del proceso de incapacidad temporal.

95. SI DECLARAN QUE EL ALTA DE LA MUTUA ES CORRECTA ¿QUÉ SUCEDE CON LA PRESTACIÓN QUE HE COBRADO?

Cuando el INSS confirme el alta médica emitida por la Mutua o establezca una nueva fecha de extinción de la situación de incapacidad temporal, se considerarán indebidamente percibidas las prestaciones económicas de la incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales, que se hubieran abonado a la persona interesada a partir de la fecha establecida en la resolución y por tanto tendremos la obligación de devolverlas.



96. ¿Y SI SIGO EN SITUACIÓN DE I.T. DESPUÉS DE LOS 365 DÍAS?

La situación de Incapacidad Temporal tiene una duración máxima de 365 días. Agotado dicho periodo, el INSS será el único competente para prorrogar la situación con un límite de 180 días más, iniciar un expediente de Incapacidad Permanente o emitir el alta médica.

97. ¿SI ME PRORROGAN POR 180 DÍAS MÁS QUE SUCEDE?

Corresponde el pago directo de la prestación a partir del primer día del mes siguiente a la Resolución del INSS. La cuantía será de la misma que viniera percibiendo la prestación. El INSS procederá a una nueva revisión en el plazo máximo de 180 días y resolverá emitir un alta o iniciar un expediente de Incapacidad Permanente.

98. ¿Y SI SE AGOTAN LOS 545 DÍAS?

Agotado el plazo de duración de 545 días, el el INSS deberá optar por alguna de estas soluciones:

1. Emitir el alta médica por curación del trabajador.
2. Iniciar el expediente de Incapacidad Permanente.
3. Demorar la calificación de la Incapacidad Permanente durante seis meses más de manera excepcional.

No olvides que excepto en el primero de los casos que el o la trabajador/a se reincorpora a su puesto de trabajo, en los demás se suspende la relación laboral con la empresa, sin que subsista la obligación de cotizar hasta que se resuelva el expediente de incapacidad permanente; si se concede la incapacidad total, absoluta o gran invalidez, la relación laboral se extingue definitivamente. Si no, el o la tra-

bajador/a deberá incorporarse a su puesto de trabajo.

99. ¿Y SI ME CONCEDEN LA DEMORA DE LA CALIFICACIÓN?

Si después de transcurridos los 545 días, el personal médico considera previsible la recuperación profesional, te concederán prórroga extraordinaria denominada “demora de la calificación”, que no podrá rebasar los 730 días naturales, es decir, 180 días más sumados a los 545 acumulados hasta el momento.

El trabajador o la trabajadora no recibe un tratamiento paliativo, sino un tratamiento que permita mejorar su estado de salud para su reincorporación laboral. Durante este periodo, se suspende el contrato de trabajo y por tanto no subsiste la obligación de cotizar, aunque seguirá recibiendo la misma cuantía que como si continuase la incapacidad temporal.

100. ¿Y SI ME QUEDAN SECUELAS PERO PUEDO VOLVER A TRABAJAR?

Si tras el accidente o enfermedad profesional te dan el alta médica por curación, pero presentas lesión, mutilaciones o deformidades, de carácter definitivo que no supongan una incapacidad permanente, pero que alteren o disminuyan tu integridad física (ejemplo, pérdida de un dedo), podrás solicitar una indemnización por sufrir una lesión permanente no invalidante, siempre y cuando se encuentre catalogada en el baremo que recoge la Orden ESS/66/2013. Será una indemnización económica a tanto alzado, que se concede por una sola vez.

Si sufres una accidente de trabajo o una enfermedad profesional ponte en contacto con tu delegado/a de Prevención y acude al sindicato. Te asesoraremos e informaremos.

No renuncies a tus derechos.

9. Referencias

Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

ORDEN TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.

Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.

Guía Procedimental para la Investigación de los Accidentes de Trabajo. Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Manual para la investigación de accidentes laborales. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, Osalan.

Investigación de accidentes de trabajo en PYMES (INVAC). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

NTP 592: La gestión integral de los accidentes de trabajo (I): tratamiento documental e investigación de accidentes. (INSHT).

NTP 274: Investigación de accidentes: árbol de causas. (INSHT).

NTP 442: Investigación de accidentes-incidentes: procedimiento. (INSHT).

NTP 924: Causas de accidentes: clasificación y codificación. (INSHT).

Enlaces:

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT-Euskadi: www.saludlaboral.ugteuskadi.net/

Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales: <http://www.funprl.es>

Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, Osalan: www.osalan.euskadi.net/

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: www.insht.es

Seguridad Social: www.seg-social.es

Inspección de Trabajo del País Vasco: www.gizartelan.ejgv.euskadi.net

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. <http://osha.europa.eu/es/>

CONTACTA CON LA OFICINA TÉCNICA DE UGT-EUSKADI

saludlaboral@ugteuskadi.org - 944257683 - www.ugteuskadi.org

**Ez ahaztu...
Lanean arrisku**

**EN EL CURRO
RIESGO...**

