

## Las modalidades procesales en el régimen común de Seguridad Social

### The procedural arrangements of the general social security system

SILVIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ABOGADA

#### Resumen

En el Régimen Común de la Seguridad Social nos podemos encontrar tres tipos de procesos jurisdiccionales bien diferenciados: la impugnación del alta médica, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y la revisión de actos declarativos de derechos.

El beneficiario puede estar disconforme con el alta médica emitida por las Entidades Gestoras o por las entidades colaboradoras, por lo que podrá efectuar su impugnación mediante un procedimiento específico, el cual se caracteriza por su celeridad.

Los procesos por accidente de trabajo y enfermedades profesionales tienen como fin establecer una justicia preventiva específica que garantice una tutela plena del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica mediante la exigencia de que el empresario adopte unas medidas preventivas.

La revisión de actos declarativos de derechos puede realizarse a instancia de parte o de oficio por la propia Entidad Gestora a fin de crear, modificar o extinguir derechos previamente derechos declarados a favor de los interesados, así como su capacidad para ejecutar forzosamente el derecho cread, modificarlo o extinguirlo.

#### Abstract

The general social security system consists of three distinct kinds of legal proceedings: appeal against the discharge, workplace accidents and occupational diseases, and supervision of the recognition of rights.

The recipient can disagree with the discharge issued by the managing body or collaborating entity, thus he will be able to appeal it through a specific quick procedure.

The proceedings related to workplace accidents and occupational diseases aim to lay down a specific preventive law that ensures the full protection of the right to life and physical and mental integrity by demanding businessmen to adopt preventive measures.

The supervision of the recognition of rights could be carried out at the request of a party or by the managing body of its own motion, in order to create, modify or extinguish previously established rights in favour of the parties concerned, as well as their ability to unavoidably exercise, modify or extinguish the created right.

#### Palabras clave

Régimen Común de la Seguridad Social; alta médica; impugnación; accidente de trabajo y enfermedades profesionales y la revisión de actos declarativos de derechos

#### Keywords

General social security system; discharge; appeal; workplace accident and occupational disease, and supervision of the recognition of rights

### 1. INTRODUCCIÓN: LA CONFIGURACIÓN DEL PROCESO ESPECIAL DE SEGURIDAD SOCIAL

El proceso de Seguridad Social es un proceso especial, en tanto que se deduce una “*pretensión procesal basada en normas jurídico – materiales de Seguridad Social*”.<sup>1</sup> Su especialidad radica en el carácter administrativo de las normas que regulan el sistema de

<sup>1</sup> ALONSO OLEA, M.: *La materia contenciosa laboral. Extensión y límites de la Jurisdicción del Trabajo*, 2ª Ed., Instituto García Oviedo – Universidad de Sevilla (Sevilla, 1967), p. 127.

Seguridad Social que a su vez, van acompañadas de un proceso administrativo hasta llegar al proceso judicial. No es un proceso especial en sentido estricto, sino que la Ley de Jurisdicción Social destaca las cuestiones más asiduas en los procesos relacionados con la Seguridad Social, ya que en tales procesos intervendrá la Administración Pública en calidad de parte demandante o demandada, lo que conlleva que la Seguridad Social deba de remitir al proceso judicial el expediente administrativo y, en su caso, del acta de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, así como la interposición de una reclamación previa por el interesado como trámite previo al proceso judicial.<sup>2</sup>

Ha sido objeto de crítica por la doctrina científica la denominación de proceso especial, ya que se entiende que el enunciado “proceso de oficio” posee un significado preciso en el lenguaje procesal, así conforme a la teoría general del Derecho Procesal se entiende que son procesos de oficio los que se inician a instancias del propio órgano jurisdiccional lo que difiere totalmente con lo que contempla la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social (en adelante LRJS) en el artículo 148, que establece que son los iniciados como consecuencia de las comunicaciones-demandas presentadas por la Autoridad laboral y no a instancia de la Jurisdicción Social, en tal caso deberá continuar el proceso de oficio.

La singularidad de los procesos de Seguridad Social radica en el carácter vinculante de la reclamación previa que se interpone en la vía administrativa y con la vía judicial, puesto que sin ésta no puede iniciarse dicha vía.

De este modo, si observamos la diferenciación con el proceso ordinario en el orden social, no se trata de un proceso diferente sino que comparte los principios generales que rigen forma, fases del procedimiento... La distinción se centra con la intervención de la Administración lo que caracteriza que el proceso común tenga connotaciones con el contencioso-administrativo.

## **2. LA IMPUGNACIÓN DEL ALTA MÉDICA**

### **2.1. Disconformidad y revisión del alta médica**

Las prestaciones de incapacidad temporal, por contingencias comunes o profesionales, mueven un volumen económico muy elevado que exige un control muy riguroso.

Por ello, los órganos de control de la IT han tenido que desarrollar métodos y técnicas de vigilancia para evitar el abuso y el fraude.

No obstante, la implantación de esos mecanismos de control ha dado lugar a resoluciones injustas tanto de las mutuas, en caso de incapacidad derivada por contingencias profesionales, como de los organismos inspectores de evaluaciones médicas y sanitarias dependientes de los servicios públicos de salud o del INSS.

---

<sup>2</sup> RIVAS VALLEJO, P y CARRATALÁ TERUEL, J.L.: *Proceso de Seguridad Social Práctico...*, op.cit., páginas 25 y 26.

El beneficiario puede estar disconforme con el alta médica emitida por las Entidades Gestoras o por las entidades colaboradoras, debiendo seguirse procedimientos diferentes para su impugnación:

La resolución de alta médica emitida por la Entidades Gestoras puede ser recurrida por el beneficiario conforme la Ley 40/2007 de 4 de diciembre de medidas en materia de Seguridad Social en relación con la incapacidad temporal especifica las reglas que han de observarse en el procedimiento de disconformidad con la resolución del INSS, regulación que se haya actualmente incorporada al artículo 170.2 LGSS.

De este modo, el beneficiario dispone de un plazo de cuatro días naturales a partir de la notificación de la resolución para manifestar su disconformidad con el alta médica, la cual deberá presentar ante la inspección médica del servicio de salud.<sup>3</sup>

De igual modo, el interesado deberá comunicar a la empresa que presentó dicho escrito ante la Inspección Médica.

Hasta la aprobación del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre (por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal) el trabajador, cuando no estaba conforme con el alta médica extendida por la mutua, solo podía impugnar judicialmente dicha alta, lo que justificaba un nuevo proceso de incapacidad temporal derivado de enfermedad común el día siguiente o unos días después del alta médica. Además, se iniciaba un procedimiento administrativo de determinación de contingencia para clarificar si el segundo proceso de incapacidad temporal era de etiología profesional o común.<sup>4</sup>

Por ello, la reforma vino a dar respuesta a una queja histórica sobre altas “indebidas”, “prematuras” o excesivamente “rigurosas” efectuadas por las mutuas. Se establece la hegemonía de la entidad gestora y, consecuentemente, la subordinación de las entidades colaboradoras.<sup>5</sup>

El INSS y los servicios públicos de salud se ponen en contacto entre sí a fin de determinar sus actuaciones y coordinar todas sus decisiones en el procedimiento incoado por el interesado.

A su vez, la Entidad Gestora comunicará a la empresa todas las decisiones que puedan afectar a la duración de la situación de incapacidad temporal del interesado.

El RD 1430/2009 de 11 de septiembre que desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007 tiene por objeto establecer una regla precisa de las comunicaciones informáticas por parte de los servicios públicos de salud a fin de que coordinen sus actuaciones para realizar el pago directo y para agilizar el proceso de comunicaciones entre las diferentes instituciones.

<sup>3</sup> IGLESIAS OSORIO, BC: *Jurisdicción y Procesos de Seguridad Social*, Ed. Aranzadi, Navarra, 2016, página 98.

<sup>4</sup> MOLINS GARCÍA-ATANCE, J.: *El control de la incapacidad temporal*, en *Temas Laborales*, nº 106, 2010, pág. 29

<sup>5</sup> TORTUERO PLAZA, J.L.: *Nuevamente la incapacidad temporal a debate*, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, Laborum, nº 1, 4º Trimestre, 2014, pág. 46.

En relación con las altas médicas expedidas por las entidades colaboradoras, es decir, por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y por una empresa colaboradora en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de doce meses de duración de dicha situación, el interesado tendrá que instar la revisión en el plazo de diez días hábiles siguientes al de su notificación mediante solicitud presentada ante la entidad gestora competente.<sup>6</sup>

De igual modo, el interesado deberá comunicar a la empresa que ha presentado la solicitud.

La presentación del escrito incoando la revisión del alta médica expedida por la entidad colaboradora supondrá la suspensión de los efectos del alta médica durante el periodo de la tramitación y mientras no haya resolución del procedimiento por el INSS, el beneficiario seguirá percibiendo la prestación.

Por el contrario, si el INSS considerara que el alta médica de la entidad colaboradora se ajusta a derecho, el beneficiario deberá devolver las cantidades percibidas indebidamente.

Cuando el interesado solicite una baja médica derivada de contingencia común y estuviese inmerso en un proceso previo de incapacidad temporal derivada de contingencia profesional, habiéndose emitido un alta médica, el Servicio Público de Salud en el plazo de diez días hábiles siguientes al de notificación del alta médica emitida por la entidad colaboradora, informará al interesado sobre la posibilidad de iniciar este procedimiento especial de revisión y a la entidad gestora que existen dos procesos distintos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados.

El artículo 170.2 LGSS establece que si el servicio público de salud discrepase del criterio de la Entidad Gestora, podrá proponer la reconsideración de la decisión de la Entidad Gestora, en un plazo de siete días mediante una motivación razonada y su justificación.

En tal caso, la Entidad Gestora tiene que notificar a la inspección médica la reconsideración o ratificación de la decisión adoptada.

Si hubiese reconsiderado su decisión de alta médica se prorrogará al interesado su situación de incapacidad temporal.

Si finalmente el servicio público de salud confirmase la decisión de la Entidad Gestora o no se pronuncia en el plazo de once días naturales siguientes a la fecha de resolución, el alta médica adquiriría todos los efectos jurídicos.

## **2.2. Impugnación del alta médica en vía administrativa**

Agotado el plazo de duración de *trescientos sesenta y cinco días*, el INSS será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de *ciento ochenta días* más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad

---

<sup>6</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 161.

permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS.

De igual modo, el INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en un plazo de ciento ochenta días naturales posteriores a la antes citada alta médica por la misma o similar patología, con los efectos previstos en los párrafos siguientes (apartado 1.a), 169, Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre).

Frente a la resolución de alta médica 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, en el aludido plazo máximo, 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.

Este procedimiento pretende evitar la judicialización de la controversia y permitir que la entidad gestora, el INSS, pueda corregir su actuación. Se trata de un procedimiento preferente cuyo objeto es que la resolución definitiva se dicte en el menor tiempo posible.<sup>7</sup>

Este procedimiento peculiar se asemeja al recurso administrativo de reposición pero con plazos más reducidos, ya que es el mismo órgano que dictó la resolución inicial el que ha de dictar también la definitiva. Si bien la manifestación de la disconformidad impide que el alta expedida por el INSS tenga efectos y, además, lo que no sucede en la reposición, se da protagonismo a otros entes públicos (los servicios de salud, cuyo parecer es fundamental en la toma de decisión por parte de la entidad gestora).<sup>8</sup>

El procedimiento de disconformidad con la resolución del INSS o del Instituto Social de la Marina, que declare la extinción de la incapacidad temporal por alta médica del interesado (apdo. 1. a) 169, Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre), se ajustará a las siguientes reglas:

---

<sup>7</sup> DE LA PUEBLA PINILLA, A.: “El alta médica: efectos laborales e impugnación por el trabajador. Examen especial de la posición de las mutuas de accidentes de trabajo”, *Actualidad Laboral*, nº 11, 2008.

<sup>8</sup> OLARTE ENCABO, S.: “Control y gestión de la incapacidad temporal. Análisis crítico del marco jurídico-positivo vigente: el complejo equilibrio entre eficiencia y garantismo”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 20/2011, parte Estudio, Editorial Aranzadi, SA, Pamplona. 2011.

- a) El interesado podrá manifestar su disconformidad en el plazo máximo de los cuatro días naturales siguientes a la notificación de la resolución. Dicha disconformidad se cumplimentará en el modelo aprobado a tal efecto por la correspondiente entidad gestora, que estará a disposición de los interesados en las correspondientes páginas web de dichas entidades.
- b) La manifestación de disconformidad se presentará ante la inspección médica del servicio público de salud.
- c) El interesado que inicie el procedimiento de disconformidad, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente dicha disconformidad o en el siguiente día hábil.
- d) El INSS o el ISM, y los servicios públicos de salud deben comunicarse recíprocamente, a la mayor brevedad posible, el inicio del procedimiento de disconformidad así como todas las decisiones que adopten en el desarrollo del procedimiento. La entidad gestora competente, bien por sus propios medios o, en su caso, a través del servicio común, comunicará a su vez a la empresa, a la mayor brevedad posible, todas las decisiones que puedan afectar a la duración de la situación de incapacidad temporal del interesado.
- e) Las comunicaciones entre las entidades gestoras, los servicios públicos de salud y las dirigidas a la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos.

Frente a las altas médicas emitidas por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y por las empresas colaboradoras, en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de doce meses de duración de dicha situación, el interesado podrá iniciar ante la entidad gestora competente, el procedimiento administrativo especial de revisión de dicha alta, de acuerdo con lo previsto en los siguientes apartados (apdo. 1. a), 169, Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre).

La tramitación del procedimiento indicado debe considerarse preferente por la entidad gestora, con el fin de que se dicte la resolución correspondiente en el menor tiempo posible.

El interesado podrá instar la *revisión del alta médica emitida por la entidad colaboradora* en el plazo de los cuatro días naturales siguientes al de su notificación, mediante solicitud presentada a tal efecto ante la Entidad Gestora competente, en la que manifestará los motivos de su disconformidad con dicha alta médica.

La solicitud está disponible en la página web de las correspondientes Entidades Gestoras, y con el fin de que la entidad gestora conozca los antecedentes médico-clínicos existentes con anterioridad, 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 a la entidad colaboradora.

El interesado 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.

La mera *iniciación del procedimiento especial de revisión suspenderá los efectos del alta médica emitida*, 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.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Instituto Social de la Marina, en su caso, comunicará a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social competente el inicio del procedimiento especial de revisión para que, en el plazo improrrogable de dos 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 el interesado.

La mutua correspondiente podrá pronunciarse reconociendo la improcedencia del alta emitida, lo que motivará, sin más trámite, el archivo inmediato del procedimiento iniciado por el interesado ante la entidad gestora.

Asimismo, la entidad gestora competente 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 del interesado. Cuando el interesado hubiera presentado a la empresa parte médico de baja emitido por el servicio público de salud, aquélla, con el fin de coordinar las actuaciones procedentes, deberá informar de dicha circunstancia al INSS o al ISM, con carácter inmediato.

A su vez, cuando el interesado solicite una baja médica derivada de contingencia común y, del reconocimiento médico, se desprendiera la existencia de un proceso previo de incapacidad temporal derivada de contingencia profesional en el que se hubiera emitido un alta médica, el servicio público de salud deberá informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar, en el plazo de los cuatro días naturales siguientes al de notificación del alta médica emitida por la entidad colaboradora, este procedimiento especial de revisión y, además, con carácter inmediato comunicará a la entidad gestora competente la existencia de dos procesos distintos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados.

En estos casos, se iniciará el abono de la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes hasta la fecha de resolución del procedimiento, sin perjuicio de que cuando el alta expedida por la Mutua colaboradora con la Seguridad Social no produzca efecto alguno, ésta deba reintegrar a la entidad gestora la prestación abonada al interesado y a éste la diferencia que resulte a su favor.

El director provincial competente de la entidad gestora correspondiente dictará, en el plazo máximo de quince días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de la entidad colaboradora, 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 Colaboradora con la Seguridad Social 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 interesado continúa con dolencias que le impiden trabajar. Por tanto, el alta médica emitida por la entidad colaboradora no producirá efecto alguno.
- c) Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de incapacidad temporal, cuando coincidan procesos intercurrentes en el mismo periodo de tiempo, y, por tanto, existan distintas bajas médicas. Asimismo, se fijarán los efectos que correspondan, en el proceso de incapacidad temporal, como consecuencia de la determinación de la contingencia causante.
- d) Cuando el interesado hubiera recuperado la capacidad laboral durante la tramitación del procedimiento, se podrá declarar sin efectos el alta médica emitida por la entidad colaboradora por considerarla prematura. En estos casos, la resolución determinará la nueva fecha de efectos del alta médica y de extinción del proceso de incapacidad temporal.

Cuando la entidad gestora competente confirme el alta médica emitida por la entidad colaboradora 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 al interesado a partir de la fecha establecida en la resolución.

Las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la entidad colaboradora, el servicio público de salud y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información.

Si durante la tramitación de este procedimiento especial de revisión se cumpliera el plazo de doce meses de duración de la situación de incapacidad temporal, la entidad gestora competente resolverá de conformidad con lo previsto en el apdo. 1. a), 169 Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

El abono de la prestación de incapacidad temporal durante la tramitación de este procedimiento especial será incompatible con las rentas derivadas del ejercicio de la actividad profesional.

Las resoluciones emitidas por la entidad gestora, en el ejercicio de las competencias establecidas, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, artículo 71 LRJS.

Es abundante la expedición de altas médicas consideradas indebidas por la jurisprudencia. El TS consideró que era nula de pleno derecho el alta médica expedida por el médico de cabecera por no personarse el paciente a recoger el parte de confirmación. El hecho de no acudir no conlleva automáticamente su alta médica.<sup>9</sup>

La LRJS regula la reclamación previa en materia de prestaciones de la Seguridad Social estableciendo la necesidad de la misma con anterioridad a la interposición de la demanda.

No obstante, la LRJS excepcionalmente establece que no es exigible el previo agotamiento de la vía administrativa en los procesos de impugnación de altas médicas emitidas por las Entidades Gestoras al agotarse el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de la prestación de incapacidad temporal, artículo 140 LRJS.

La LRJS establece que las impugnaciones de alta médica contra organismos gestores y entidades colaboradoras en la gestión se acreditará haber agotado la vía administrativa previa.

Por tanto, las impugnaciones de altas médicas que no sean emitidas por las Entidades Gestoras requieren la presentación de reclamación previa.

Sin embargo, no se exigirá reclamación previa en los procedimientos de impugnación de las resoluciones de alta médica emitidas por las Entidades Gestoras y tras el agotamiento del plazo máximo de 365 días, sin que se acuerde la prórroga de 180 días.

En los procesos de impugnación de altas médicas en los que no es exigible reclamación previa, el plazo para interponer demanda es de veinte días a partir de la adquisición de plenos efectos del alta médica o desde la notificación del alta definitiva emitida por la Entidad Gestora, artículo 71.6 LRJS.

Hay que aclarar que los plenos efectos del alta médica se producirán cuando transcurra el plazo de cuatro días naturales, si el interesado no presenta escrito de disconformidad con el alta.

Si el interesado hubiese presentado escrito de disconformidad, los plenos efectos del alta médica se producirán cuando haya resolución administrativa expresa sobre la misma y se le notifique el alta definitiva.

De este modo, será obligatoria la reclamación previa a la vía judicial, en los siguientes procedimientos:

- a) Alta por curación antes del plazo de 365 días.
- b) Alta por curación transcurrido el plazo de 365 días, y antes de que finalice el plazo de 180 días de prórroga.

---

<sup>9</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 173.

- c) Alta por curación finalizado el plazo de 365 días y su prórroga de 180 días sin propuesta de incapacidad permanente.
- d) Alta por curación después el plazo máximo de 365 días y su prórroga de 180 días, y antes de los 730 computados desde la IT.
- e) Altas médicas emitidas por las entidades colaboradoras.<sup>10</sup>

El plazo de impugnación de altas médicas no exentas de reclamación previa es de once días desde la notificación de la resolución, conforme el artículo 71.2 LRJS.

De igual modo, la Entidad deberá contestar expresamente en el plazo de siete días, en caso contrario se entenderá denegada la reclamación por silencio administrativo.

### **2.3. Impugnación del alta médica en vía judicial**

La impugnación del alta médica en vía judicial se encauza a través del proceso especial de Seguridad Social.

Concretamente el artículo 140.1 LRJS regula el proceso de impugnación de altas médicas, proceso que incluye unas especialidades propias dentro de la modalidad procesal de prestaciones de Seguridad Social.

El legislador ha intentado otorgarle un carácter urgente y tramitación preferente a los procesos sobre impugnación de altas médicas, no sólo en la fase prejudicial reduciendo los plazos administrativos, sino también en la fase judicial.

Esta celeridad supone una nueva praxis procesal, en virtud de la cual el acto de la vista habrá de señalarse dentro de los cinco días siguientes a la admisión de la demanda, artículo 140.3 LRJS.

Por tanto, no sería de aplicación el artículo 143.1 LRJS que establece que “*al admitirse a trámite la demanda se reclamará a la Entidad Gestora o al organismo gestor o colaborador las actuaciones administrativas practicadas en relación con el objeto de la misma, en original o copia, en soporte escrito o preferiblemente informático y, en su caso, informe de los antecedentes que posea en relación con el contenido de la demanda*”.

Dicha solicitud de reclamación de expediente administrativo no casa con lo previsto en el artículo 141.3 c) que señala que el acto de la vista será dentro de los cinco días siguientes a la admisión de la demanda.

Por otro lado, el exceso de celeridad en la tramitación del proceso a fin de beneficiar al interesado puede llegar a serle perjudicial al mismo, ya que dispondría de poco tiempo desde la admisión de la demanda para documentar y acreditar la enfermedad impeditiva para su actividad profesional.

---

<sup>10</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 178.

Por lo que la expresión “admitirse a trámite la demanda” hay que entenderse que el proceso está en fase “presencial” pero no se ha concluido, por lo que sólo se entenderá admitida la demanda cuando el juez tenga en posesión la documentación requerida, a partir de ese momento será de aplicación lo establecido en el artículo 141.3 LRJS.<sup>11</sup>

La legitimación activa la ostentan los titulares de un derecho subjetivo o un interés legítimos, como sería el caso de los trabajadores, los beneficiarios de la Seguridad Social, los empresarios, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, las Entidades Gestoras y la TGSS (para la anulación de sus propios actos debido a un error).

La legitimación pasiva en el proceso de impugnación de alta médica la ostenta la Entidad Gestora y/o la entidad colaboradora. No existiendo obligación de demandar al servicio público de salud, salvo cuando se impugne el alta médica por los servicios médicos del mismo, ni a la empresa cuando se cuestione la contingencia.

De igual modo, deberá demandarse a varios sujetos cuando el objeto del procedimiento lo requiera, conformando un litisconsorcio pasivo.

El principio constitucional de tutela judicial efectiva y de evitación de indefensión que consagra el artículo 24 CE obliga al órgano judicial a apreciar de oficio el defecto procesal de litisconsorcio pasivo necesario, debiendo decretar la nulidad de actuaciones en caso necesario a fin de reponer los autos al momento de admisión de la demanda y otorgarle a la parte demandante un plazo para que amplíe la demanda contra aquellos que pueden tener un interés legítimo o pudieran resultar afectados o perjudicados en la sentencia judicial.

Para conformar la legitimación pasiva en el proceso de impugnación de alta médica deben de tenerse en cuenta los siguientes criterios, en virtud del artículo 140.3 LRJS:

- a) La demanda se dirija contra la Entidad Gestora, si es ésta la que emite el alta médica.
- b) Si el alta la expide una entidad colaboradora en la gestión, la demanda se dirigirá contra ésta. La cuestión que radica si en este supuesto debe de demandarse también a la Entidad Gestora.

Obligatoriamente la Entidad Gestora debe ser parte en el juicio al ostentar un interés legítimo, puesto que efectúa la prestación conforme a la sentencia judicial.

- c) Sólo se demandará el Servicio Público de Salud si el alta médica es emitida por facultativo de este servicio. Debiéndose demandar conjuntamente a las Entidades Gestoras, ya que son las obligadas al pago de la prestación.
- d) Sólo se demandará a la empresa si se cuestiona la contingencia. De igual modo, tendrá que demandarse también a la Entidad Gestora.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 181.

<sup>12</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 189.

La LRJS establece que en su artículo 140.3 que no podrán acumularse otras acciones en la demanda de impugnación de alta médica, ni siquiera la reclamación de diferencias de prestación económica por incapacidad temporal.

La falta de acumulación viene justificada por la necesidad de que el proceso no se dilate más de lo necesario, además la limitación de plazos a los que está sujeto este proceso no da mucho margen para discernir qué acciones tendrían el mismo título o la misma causa de pedir.

### 3. ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

#### 3.1. Características y regulación

En el sistema de Seguridad Social existen dos mecanismos de protección que establecen dos especialidades procesales diferenciadas: uno para las contingencias profesionales (derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) y otro para las contingencias comunes (las derivadas de accidente no laboral y enfermedad común).

La modalidad procesal de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se regula en el artículo 142 LRJS y ha supuesto un gran impulso a la justicia preventiva y cautelar, adquiriendo especial relevancia la adopción de medidas cautelares.

Los procesos por accidente de trabajo y enfermedades profesionales tienen como fin establecer una justicia preventiva específica que garantice una tutela plena del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica mediante la exigencia de que el empresario adopte unas medidas preventivas.

De este modo, la LRJS en base al “principio de libertad de configuración de medidas cautelares” establece las siguientes fases del proceso:

a) Actos preparatorios y diligencias preliminares:

El artículo 76 LRJS contempla la posibilidad de solicitar los actos preparatorios y diligencias preliminares incluyendo la remisión genérica del artículo 256 LEC.

El demandante podrá solicitar al órgano judicial que el demandado presta declaración sobre los hechos que tenga relación con su capacidad, representación o legitimación o que aporte algún documento que sea necesario y esté relacionado con el objeto del procedimiento, artículo 76.1 LRJS.

A su vez, el demandante podrá solicitar como preparación de la prueba del juicio que incoen diligencias para el acceso a documentación y archivos o las medidas de garantías oportunas cuando la emisión de un dictamen pericial médico o psicológico requiera el sometimiento a reconocimientos clínicos.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 197.

No será necesaria autorización judicial si la actuación viniera exigida por las normas de prevención de riesgos laborales, por la gestión o colaboración en la gestión de la Seguridad Social, artículo 90.5 LRJS.

De igual modo, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social podrá solicitar autorización judicial ante el orden jurisdiccional social para entrar en el domicilio del demandado cuando éste coincidiese con el centro de trabajo.

Cuando el interesado interpone demanda en el Juzgado y a la vez denuncia los hechos ante la Inspección de Trabajo, en tal caso la Inspección de Trabajo podrá adoptar medidas cautelares, como el embargo para garantizar el cobro de los devengos. El resto de medidas cautelares deberán efectuarse a través del órgano judicial.

b) Anticipación y aseguramiento de la prueba.

La LRJS establece la anticipación de la prueba en su artículo 78.1, no sólo como diligencia preliminar al propio proceso, sino antes del juicio y de la presentación de la demanda con el objeto de asegurar la prueba.

El aseguramiento de la prueba debe efectuarse mediante las medidas cautelares pudiendo solicitarse cuantas medidas resulten necesarias para asegurar la tutela judicial.

La LEC a la que se remite la LRJS establece un amplio catálogo de medidas cautelares en el artículo 727 LEC, existiendo las siguientes posibilidades:

El embargo preventivo: cuando resulte la medida más idónea y no susceptible por otra de igual o superior eficacia y menor onerosidad para el demandado:

- a) Cuando el demandado lleve a cabo actos encaminados a situarse en una posición de insolvencia, impidiendo de este modo la efectividad de la sentencia.
- b) En casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales si el demandado no acredita el aseguramiento del riesgo.
- c) En los procedimientos que medie resolución de la Inspección de Trabajo sobre cese de actividad por riesgo para la integridad de los trabajadores.
- d) Cuando se cuestione la posible responsabilidad empresarial por falta de reconocimientos médicos que, como consecuencia de esta negligencia, se produzca o se agrave una enfermedad profesional.
- e) La orden judicial de cesar provisionalmente en una actividad.
- f) La de abstenerse de llevar a cabo una conducta.
- g) La temporal de interrumpir o de cesar en la realización de una prestación que viniera llevándose a cabo.

El juez debe valorar la oportunidad de acceder a la solicitud de tales medidas cuando la ejecución del acto o la aplicación de la disposición pudieran hacer perder su finalidad legítima al recurso.

Esta medida sólo podrá ser aplicable por el órgano judicial cuando no exista otra medida igualmente eficaz y menos gravosa o perjudicial para el demandado.

Otras medidas cautelares aplicables podría ser la suspensión de la relación o exoneración de la prestación de servicios, la suspensión provisional del acto impugnado cuando su ejecución produzca al demandante perjuicios que pudieran hacer perder a la pretensión de tutela su finalidad.

La LRJS ha supuesto un avance en relación a las medidas cautelares, puesto que la LPL sólo contemplaba medidas de tipo económico como son los embargos preventivos.

La jurisprudencia consideró que en el ámbito jurisdiccional social podían acudir a la aplicación supletoria de los artículos 721 y siguientes de la LEC.

La LRJS abre nuevas posibilidades fortaleciendo y potenciando la justicia cautelar al objeto de garantizar la eficacia de la sentencia que en su momento pueda dictarse.

Una modificación que realiza la LRJS en el apartado primero del artículo 142 respecto del artículo 141 de la antigua LPL versa sobre la facultad del juez para ordenar el embargo de bienes del empresario en cantidad suficiente para asegurar el resultado del juicio pudiendo adoptar cuantas medidas cautelares considere necesarias.<sup>14</sup>

A su vez, en los procedimientos relativos a las resoluciones de la autoridad laboral sobre paralización de trabajos por riesgo a la seguridad y salud de los trabajadores, la LRJS prevé las medidas cautelares que procedan para el aseguramiento de las responsabilidades empresariales derivadas, artículo 79.6 LRJS en relación con el artículo 244.1 y 2 LGSS.

Las medidas cautelares se extienden a otras posibles responsabilidades del empresario o de terceros por accidente de trabajo y enfermedad profesional que puedan derivarse de la falta de reconocimientos médicos que puedan evitar el desencadenamiento de una enfermedad.

Las medidas cautelares se deben solicitar en el escrito de demanda y sólo excepcionalmente antes de la misma en casos de urgencia y necesidad.

Una vez presentada la demanda sólo se podrán solicitar medidas cautelares si se basan en hechos y circunstancias que lo justifique.

No obstante, la solicitud del embargo preventivo podrá presentarse en cualquier momento del proceso antes de la sentencia sin que suponga la suspensión del proceso.

El Letrado de la Administración mediante diligencia convocará a las partes para una vista oral para que expongan lo que consideren oportuno respecto a las medidas cautelares

---

<sup>14</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 204.

solicitadas, las cuales serán resueltas mediante Auto su procedencia o improcedencia. Excepcionalmente, no se dará audiencia al demandado cuando el solicitante así lo pida y se acredite que concurren razones de urgencia o que la audiencia pueda comprometer al buen fin de la medida.<sup>15</sup>

Si el demandado se opusiera a alguna medida cautelar podrá interponer recurso de apelación contra el Auto alegando hechos o situaciones acaecidas antes de la medida cautelar.

Por tanto, aunque las medidas cautelares sean necesarias para asegurar el *periculum in mora*, no dejan de producir otros peligros y riesgos, siendo preciso considerar su sustitución, revisión, modificación y posibles contracautelas o medidas que neutralicen o enerven las cautelares haciéndolas innecesarias o menos gravosas.

### 3.2. Legitimación activa y pasiva

Están legitimados para ejercitar sus acciones ante los órganos del orden social de la jurisdicción los titulares de un derecho subjetivo o un interés legítimo.

El artículo 17.1 LRJS regula con carácter general la legitimación activa en la jurisdicción social, lo cual es de aplicación en los procesos de Seguridad Social y concretamente en la modalidad procesal de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

No obstante, dicho precepto especifica en los términos establecidos en las leyes, por lo que habrá que constatar si en los procesos sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales existe alguna regulación específica en la misma ley o en otras leyes.

La propia LRJS en su artículo 141 establece que con independencia de la legitimación activa o pasiva que pudieran ostentar las Entidades Gestoras o la TGSS podrán personarse no sólo en los litigios relativos a prestaciones de Seguridad Social, sino también en aquellos procedimientos en los que tengan interés por razón del ejercicio de sus competencias, pudiendo efectuar las alegaciones y defensa que consideren, así como interponer el recurso o remedio procesal que pudiera proceder.

Podrán personarse en cualquier momento procesal, lo cual no implicará que se retrotraigan o se detengan las actuaciones realizadas.

Por tanto, cuando las Entidades Gestoras o la TGSS se personen en un proceso que tengan interés por razón del ejercicio de sus competencias, se trataría de una personación adhesiva voluntaria en sentido técnico más que una intervención litisconsorcial necesaria, ya que en caso contrario estos organismos tendrían la consideración jurídica de parte desde la interposición de la demanda o desde que el órgano judicial hubiese ordenado la subsanación de incomparecencia de una de las partes, tal y como se desprende del artículo 141 LRJS

---

<sup>15</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 206.

cuando se establece que la invención posterior a la demanda no supondrá el retroceso o detención de las actuaciones.<sup>16</sup>

El artículo 143.3 LRJS prescribe que conforme al expediente, el Tribunal podrá emplazar (además de las Entidades Gestoras y la TGSS) a todas las personas que pudieran ostentar un interés legítimo en el proceso o pudieran resultar afectadas por el mismo. En este caso, no se trataría de una personación adhesiva al proceso, sino que su comparecencia ha de considerarse litisconsorcial con el objeto de que sean tenidas por parte en el proceso y puedan formular sus pretensiones.

No obstante, puede darse la casuística de que el Tribunal no emplace a todos los organismos o personas físicas o jurídicas que realmente tenga un interés legítimo en el proceso, bien porque no se hallen en posición de parte o porque el expediente administrativo no se haya remitido. ¿Qué ocurriría o que podría hacer si alguien se persona en un proceso que está avanzado o finalizado?

La persona física o jurídica podrá instar el incidente de nulidad de actuaciones conforme los artículos 225.3 y 228 LEC, ya que la LRJS no especifica cuáles serían las consecuencias de la incomparecencia al acto del juicio de aquella persona que ostente un interés legítimo.

### **3.3. Reclamación administrativa previa**

La reclamación previa se configura como un privilegio de la Administración, criterio que ha ido sosteniendo el TC cuando establece que tiene como objetivos fundamentales: por un lado, poner en conocimiento del organismo correspondiente el contenido y el fundamento de la pretensión y por otro, darle la oportunidad de resolver directamente el litigio, evitando el uso de mecanismos jurisdiccionales, STC 90/1993 de 7 de noviembre, 217/1991 de 14 de noviembre, 70/1992 de 11 de mayo, etc.<sup>17</sup>

La reclamación previa no supone un obstáculo al libre acceso jurisdiccional, puesto que no vulnera el derecho a la tutela judicial de la parte actora. No obstante, deberían de eliminarse las rigideces de la reclamación previa para poder acceder con mayor facilidad al proceso.

El artículo 140.2 LRJS establece que si el actor omitiese la reclamación previa antes de presentar la demanda, el Letrado de la Administración dispondrá que subsane el defecto en el plazo de cuatro días antes de la admisión de la demanda.

Por tanto, el incumplimiento de dicho trámite supone la nulidad de las actuaciones practicadas y seguidas a partir de la presentación de la demanda.

Hay que cuestionarse si los presupuestos que rige la reclamación previa en los procesos de prestaciones de la Seguridad Social es de aplicación en los procesos en los que se dirime una prestación por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

<sup>16</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 218.

<sup>17</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 221.

Pues bien, en los procesos sobre accidente de trabajo o enfermedad profesional la acción se dirige contra la mutua aseguradora que al no ser Administración Pública no goza de privilegios preprocesales de conocer el contenido y fundamentos de la pretensión antes de la presentación de la demanda.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, las Entidades Gestoras y la TGSS son litisconsortes pasivos necesarios en los procesos por accidente de trabajo o enfermedad profesional por ser responsables subsidiarias, aunque tal responsabilidad vendrá determinada por el fallo judicial si los responsables directos (mutua aseguradora) no puede cumplir su obligación.<sup>18</sup>

Por tanto, hay que cuestionarse también si es necesario interponer reclamación previa ante las Entidades Gestoras o la TGSS para interponer demanda en un proceso sobre prestación por accidente de trabajo o enfermedad profesional, si no se ha determinado su responsabilidad por una sentencia judicial.

La STS de 18 de marzo de 1997 establece que el órgano judicial puede resolver directamente sobre el fondo del asunto sin que deba de interponerse reclamación previa ante las Entidades Gestoras cuando hubiesen sido codemandadas por ser responsables subsidiarias.<sup>19</sup>

Las Entidades Gestoras al no tener una responsabilidad directa, no pueden conceder o denegar directamente la declaración o prestación en litigio.

No obstante, los objetivos de la reclamación se cumplen en los procesos de prestación por accidente de trabajo y enfermedad profesional cuando se le requiere como responsable subsidiario, ya que permite al Letrado de la Seguridad Social disponer de un plazo de veintidós días para que pueda consultar a la Dirección del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social, transcurrido dicho plazo se señalará el juicio.

Las Entidades Gestoras cuando sean demandadas como responsables subsidiarias en caso de insolvencia de la mutua aseguradora sólo podrán resolver el litigio antes de la vía judicial cuando se le exija responsabilidad directa en el reconocimiento de derechos o el abono de prestaciones, pero no cuando se les demanda como responsables subsidiarias en caso de insolvencia de las mutuas.

La reclamación previa se interpondrá ante la propia entidad colaboradora si tuviera atribuida la competencia para resolver o en otro caso ante el órgano correspondiente de la Entidad Gestora u organismo público gestor de la prestación.

### **3.4. Informe preceptivo de la Inspección de Trabajo**

El órgano judicial tiene la obligación de solicitar a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social el Informe relativo a las circunstancias en que sobrevino el accidente o enfermedad si no figurase en el expediente o en los autos.

<sup>18</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 222.

<sup>19</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 223.

De este modo, antes de iniciarse el juicio el juez deberá contar con la relación fáctica imparcial y técnica de las circunstancias en que se produjo el accidente.

Los Inspectores de Trabajo actúan como Administración Pública, por lo que asumen esa responsabilidad con imparcialidad por mandato legal.

El Informe de la Inspección al ser emitido por la Administración ostenta de eficacia probatoria, aun no siendo concluyente por no tener el carácter de presunción *iuris et de iure*, sí tiene un alto valor respecto a la veracidad de la relación de circunstancias en que se produjo el accidente o la enfermedad profesional.<sup>20</sup>

El Informe de Trabajo y Seguridad Social no es un acopio de testimonios u opiniones, sino el resultado de una percepción sensorial directa en el lugar del accidente y lo más inmediatamente posible a la hora del accidente, tal y como viene estableciendo la jurisprudencia en la STSJ de Castilla y León de 17 de octubre de 1991, de Castilla-La Mancha de 6 de noviembre de 1992 y STSJ de Cataluña de 24 de febrero de 2003.<sup>21</sup>

Hay que aclarar que el Informe no tiene el carácter de prueba documental las actas de infracción, puesto que llevan implícita la presunción de *iuris tantum* establecida en el artículo 53.2 del Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social, aprobado por RD 5/2000 de 4 de agosto.

Por tanto, las actas de infracción tendrán presunción de certeza, sin perjuicio de las pruebas que en defensa de los respectivos derechos e intereses puedan aportar los interesados.

Las actas de infracción son totalmente independientes del Informe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para que se pueda iniciar el proceso en sede judicial por accidente o enfermedad profesional.

El Informe es de vital importancia y es necesaria su existencia en los autos, motivo por el cual la LRJS establece un segundo plazo para reiterar su aportación, ya que si se prescinde de él podrían anularse las actuaciones.

La STS de 16 de marzo 1988 y de 18 de octubre de 1996 vino a resolver dicha controversia estableciendo que podrá enjuiciarse si las circunstancias en que sobrevino el accidente o la enfermedad profesional, así como el trabajo que realizaba el accidentado o enfermo están clarificadas en los autos aun cuando no se aporte el Informe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a fin de dar solución al litigio planteado.

De este modo, quien alegue hechos contrarios a los constatados por el Informe de la Inspección de Trabajo deberá acreditarlo en la práctica de la prueba.

En ocasiones, el Informe de la Inspección de Trabajo se sustenta de afirmaciones subjetivas obtenidas en el lugar del accidente, por lo que en ocasiones no existen elementos

<sup>20</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social*...op.cit, página 236.

<sup>21</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social*...op.cit, página 237.

objetivos para esclarecer la autenticidad de lo acontecido, por lo que a veces el Informe no es de gran ayuda para la resolución judicial.

### 3.5. La prueba

En los procesos de accidente de trabajo y enfermedad profesional, la práctica de la prueba presenta algunas características específicas:

Una de las peculiaridades más destacada es en el supuesto que el accidentado asegurado en el Régimen General y cumpla con la condición exigida en el artículo 165 LGSS, podrá causar derecho a las prestaciones sin tener que acreditar hechos o situaciones de hecho que la ley ya los presume ciertos.

Por tanto, la presunción *iuris tantum* que establecen los artículos 385 LEC y 156.3 LGSS, se establecen en beneficio del accidentado de forma singular al invertir la carga de la prueba, ya que se presume que las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo son constitutivas de accidente de trabajo.<sup>22</sup>

En este caso la carga de la prueba recae en el empresario o en la mutua aseguradora que deberán acreditar la quiebra de la relación causal entre la lesión causada y el trabajo realizado.

La jurisprudencia ha venido aplicando un criterio más flexible respecto a la conexión causal de las lesiones que sufre el trabajador a consecuencia del trabajo que realice por cuenta ajena.

El TS establece que ha de calificarse como accidente laboral aquel en que concurra una conexión con la ejecución de un trabajo bastando con que el nexo causal se dé sin necesidad de precisar su significación alguna, excepto cuando hayan acontecido hechos que evidencien la absoluta carencia de aquella relación entre el trabajo y el siniestro, STS de 25 de marzo de 1986, 4 noviembre 1988, 23 de marzo de 1985, 10 de noviembre de 1987, etc.

De este modo, las enfermedades que tengan una etiología común, como puede ser un accidente cardiovascular, se consideran desencadenadas causalmente con el trabajo si se produce en horario y lugar de trabajo, aunque el trabajador estuviese afectado de la lesión cardíaca con anterioridad.

Por otro lado, el artículo 217.2 LGSS establece que “*se reputarán de derecho muertos a consecuencia de accidente de trabajo o de enfermedad profesional quienes tengan reconocida por tales contingencias una incapacidad permanente absoluta o la condición de gran inválido*”. Dicha presunción no es aplicable cuando el fallecimiento se haya producido dentro de los cinco años siguientes a la fecha del accidente.

El artículo 156 LGSS define el accidente de trabajo como “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*”, por lo que en la práctica de la prueba debe tenerse en cuenta tres factores:

---

<sup>22</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 224.

- a) Lesión corporal.
- b) Trabajo por cuenta ajena.
- c) Relación de causalidad entre el trabajo desarrollado y la lesión.<sup>23</sup>

No obstante, existen dificultades a la hora de determinar cuándo una lesión ha de considerarse accidente de trabajo.

Por un lado, una lesión no es fácil de encajar por lo que puede considerarse accidente de trabajo o enfermedad profesional.

El daño debe de producir alguna alteración anatómica y/o funcional que modifique el estado de salud del trabajador de tal forma que la lesión lo incapacite para el trabajo que realizaba, le provoque la muerte o tenga un menor rendimiento en el trabajo.

La STS de 27 de mayo de 1998 establece que el daño tiene que ser objetivo, de carácter súbito, repentino e inesperado que implique la existencia de un suceso externo y violento para que pueda ser considerado un accidente de trabajo.<sup>24</sup>

A su vez, también existen enfermedades comunes que se agravan como consecuencia del trabajo realizado, lo que implica que de igual modo sea considerada enfermedad laboral, STS de 27 de diciembre de 1995.

El TS considera que corresponde al trabajador probar el nexo causal entre el trabajo desarrollado y los agentes patológicos que causan la lesión, por lo que no podrá alegarse una patología que por su origen no se encuadre en una etiología laboral.

Por otro lado, las malformaciones y dolencias congénitas de los trabajadores que pueden tener su origen en contingencias comunes pueden ser consideradas accidentes laborales si se manifiestan en el lugar de trabajo y horario laboral.<sup>25</sup>

## 4. REVISIÓN DE ACTOS DECLARATIVOS DE DERECHOS.

### 4.1. Objeto

La Administración tiene el privilegio de la autotutela que le permite ejecutar resoluciones tanto de carácter declarativo como ejecutivo sin necesidad de acudir a los tribunales.

De este modo, son los beneficiarios los que tengan que reclamar al amparo judicial para intentar anular la decisión administrativa y de este modo paralizar la acción ejecutiva de la Administración.

---

<sup>23</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 226.

<sup>24</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 226.

<sup>25</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 227.

El principio de autotutela se regula en el artículo 103 CE que permite la aplicación de dicho principio en sus actos con el fin de ejercer su función con eficacia, pero con sometimiento pleno a la Ley y al Derecho.

Por lo que habrá que diferenciar entre actos nulos de plenos derecho o simplemente anulables.

A su vez, los artículos 38, 99 y 100 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre (LPACAP) atribuyen a la Administración la autotutela ejecutiva de sus actos, mientras que el artículo 39 establece la presunción de los actos de la Administración como válidos produciendo efectos desde la fecha que han sido dictados.<sup>26</sup>

En relación a los actos nulos de pleno derecho regulados en el artículo 47 de la Ley 39/2015 en relación con el artículo 106 que establece un procedimiento de revisión cuando prescribe que *“las Administraciones Públicas, en cualquier momento, por iniciativa propia o a solicitud de interesado, y previo dictamen favorable del Consejo de Estado u órgano consultivo equivalente de la Comunidad Autónoma, si lo hubiere, declararán de oficio la nulidad de los actos administrativos que hayan puesto fin a la vía administrativa o que no hayan sido recurridos en plazo”*.

Por lo que las Administraciones públicas podrán declarar la nulidad de las disposiciones administrativas que se consideren nulas de pleno derecho por vulnerar la Constitución, las leyes u otras disposiciones administrativas de rango superior, las que regulen materias reservadas a la Ley y las que establezcan la retroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales.<sup>27</sup>

El artículo 48 de la Ley 39/2015 limita a la Administración respecto a la capacidad de revisión de sus propios actos anulables que incurran en cualquier infracción del ordenamiento jurídico, incluso la desviación de poder o que el acto carezca de los requisitos formales indispensables para alcanzar su fin o dé lugar a la indefensión de los interesados.

Por otro lado, la Administración está facultada no sólo revertir sus propios actos, sino también para que sus actos desaparezcan de la esfera jurídica mediante la declaración de inexistencia del propio derecho.

Hay que aclarar que la modificación del régimen no afecta al reconocimiento del derecho inicial, sino que el órgano administrativo está obligado a aplicar aquella normativa que recoge nuevas situaciones después del acto que reconoce el derecho.

#### **4.2. Procedimiento de Revisión de Oficio.**

La LRJS no regula expresamente el procedimiento de revisión de oficio de los actos propios en materia prestacional, ya que el artículo 146 tiene un carácter más sustantivo que procesal.

<sup>26</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 262.

<sup>27</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 263.

Ante dicho vacío normativo, hay que acudir a la normativa supletoria y analógica: por un lado, a la Ley 39/2015 para la revisión ordinaria de oficio cuando el régimen jurídico de la prestación en cuestión no prevea un procedimiento singularizado y por otro lado, a las normas de procedimiento previstas para la revisión de una determinada prestación concreta.<sup>28</sup>

Las Entidades Gestoras para proceder de oficio y modificar, suspender o extinguir el derecho prestación reconocida tendrán que ajustarse a los artículos 21, 35 y 36 de la Ley 39/2015, tramitándose la revisión mediante un procedimiento ordinario, del siguiente modo:

- a) La tramitación del procedimiento será a cargo de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones de Seguridad Social que en se encarguen de la resolución de asuntos. Además, adoptarán las medidas necesarias para remover los obstáculos que dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados.
- b) La revisión de los actos que limiten derechos subjetivos o intereses legítimos serán motivados con sucinta referencia de hechos y fundamentos de derecho.
- c) El acto se formalizará por escrito con la firma del personal autorizado del servicio.
- d) Dicha resolución habrá de comunicarse al interesado en la forma y plazos previstos.
- e) Se procederá al trámite de audiencia.<sup>29</sup>

Por el contrario, si el ámbito de la revisión afectase a la materia que contiene una norma específica de procedimiento, las Entidades Gestoras tendrán que cumplir el procedimiento establecido legalmente, tramitándose la revisión mediante un procedimiento específico.

Por ejemplo, las Entidades Gestoras cuando pretenda proponer el alta médica de un trabajador en situación de incapacidad temporal tendrán que ajustarse al procedimiento por la norma reguladora específica Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

No obstante, existe una dispersión del marco legislativo en la medida en que dependiendo del supuesto habrá que acudir a la norma de procedimiento específica, así como sino que habrá que tener en cuenta el marco legal sustantivo de la LGSS, en casos de actuaciones fraudulentas del beneficiario tendrá que acudir también a la LISOS, en supuestos de revalorizaciones de pensiones al Decreto de revalorización del año correspondiente, en las actuaciones de la TGSS habrá que acudir al Reglamento General de Recaudación, para las prestaciones no contributivas se acudirá al RD 357/1991 de 15 de marzo y para las prestaciones de desempleo será obligado acudir al RD 625/1985 de 2 de abril.

---

<sup>28</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 298.

<sup>29</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 299.

Existen dos tipos de revisiones de oficio:

Por un lado, las revisiones de un error aritmético, material o de hecho: en este supuesto las Entidades Gestoras no necesitan de un procedimiento formal, ni siquiera un plazo determinado para corregir el error rectificable.

Por otro lado, las revisiones de omisiones o inexactitudes: tendría que sustanciarse por los cauces de la regulación procesal del procedimiento ordinario o por las previsiones reguladoras del procedimiento específico previsto en la materia que es objeto de revisión.

Así, la revisión de oficio para modificar, suspender o extinguir el derecho o la prestación reconocida a consecuencia de omisiones o inexactitudes de las declaraciones de los beneficiarios se ajustará a las normas del procedimiento común:

1. Mediante resolución expresa o motivada.
2. Comunicación de la resolución al interesado en la forma y plazos.
3. Emplazamiento, audiencia y admisión de alegaciones que el interesado considere oportunas.<sup>30</sup>

Las Entidades Gestoras podrán actuar de oficio no sólo por la cuantía de la prestación, sino también al derecho a reclamar del beneficiario las cantidades percibidas indebidamente.

La STS de 28 de abril de 2004 establece que la acción de reintegro es accesoria al derecho de revisión, “*carece de fundamento legal y es contrario a los principios de economía y armonía procesales, al generar dos litigios sobre la misma cuestión con riesgo de soluciones contrarias*”.<sup>31</sup>

De igual modo, la STS de 3 de octubre de 2001 establece que en los supuestos que procede la revisión de oficio, la Entidad Gestora no sólo puede revisar la prestación, sino también reclamar de oficio el reintegro sin necesidad de acudir a los Tribunales de Justicia.

A su vez, las prestaciones de la Seguridad Social podrán ser objeto de retención, cesión total o parcial, compensación o descuento, cuando se trate de obligaciones contraídas por el beneficiario dentro de la Seguridad Social, artículo 44 LGSS.

Para la revisión o rectificación del derecho reconocido, así como el reintegro de las prestaciones indebidamente percibidas la Entidad Gestora iniciará un procedimiento administrativo con la apertura de un expediente poniéndole manifiesto al interesado de las actuaciones practicadas y los hechos o datos conocidos y las consecuencias que de ellos derivan, adjuntándole en su caso la propuesta de reintegro de la deuda a fin de que el interesado pueda presentar las alegaciones o documentos que estime convenientes.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social*...op.cit, página 304.

<sup>31</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social*...op.cit, página 304.

<sup>32</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social*...op.cit, página 307.

Una vez, recibidas las alegaciones y transcurrido el plazo previsto, el Entidad Gestora dictará una resolución motivada, expresando las causas que han originado la deuda, las cantidades indebidamente percibidas y la determinación del importe y plazos del descuento.

### 4.3. Procedimiento de Revisión Judicial

Sin embargo, cuando la Entidad Gestora pretenda la revisión actos declarativos de derechos no podrá efectuar dicha revisión de oficio, sino que deberá efectuarla mediante un proceso judicial a fin de garantizar los principios generales de seguridad jurídica y tutela judicial efectiva.

De este modo, se fortalece la seguridad jurídica en los derechos subjetivos reconocidos al beneficiario conforme el artículo 146 LRJS.

No obstante, se establecen algunas excepciones a dicha prohibición que permiten a la Entidades Gestoras actuar de oficio en los actos de gestión diaria sin necesidad de acudir a la vía jurisdiccional.

El artículo 146 LRJS presenta la siguiente estructura:

1. La prohibición de la revisión de oficio: dicha regla implica la derogación para las Entidades Gestoras del privilegio de anulación de los propios actos. Dicha regla ha sido cuestionada, puesto que en materia de actos declarativos de derechos la regla es el de la restricción de las facultades revisoras de derechos a las Administraciones Públicas en cuanto a la manifestación de la potestad de autotutela que choca con el derecho de la tutela judicial efectiva y la prohibición de ir contra sus propios actos.
2. Excepciones a la regla que sí permiten la revisión ex officio: cuando se trate de rectificación de errores materiales o aritméticos, las revisiones de los actos en materia de protección por desempleo, por cese de actividad de los trabajadores autónomos y la revisión de los actos de reconocimiento del derecho a una prestación de muerte y supervivencia, motivada por la condena al beneficiario, mediante sentencia firme, por la comisión de un delito doloso de homicidio en cualquiera de sus formas.
3. Norma que fija el plazo de revisión de prescripción de esta acción de revisión. El plazo es coincidente con el previsto para la obligación de reintegro de prestaciones indebidas por el beneficiario (cuatro años).
4. Una regla que atribuye una ejecutividad inmediata a la sentencia favorable a la Administración sin esperar su firmeza, dicha regla que ha tenido diversas críticas para una vertiente ha sido considerada como una expresión de privilegio y para otra vertiente un reflejo de la posibilidad de ejecutar provisionalmente la sentencia.<sup>33</sup>

Las Entidades Gestoras o la TGSS cuando reconoce un derecho quedan vinculadas a la decisión, por lo que si desean revisar el derecho reconocido tendrán que interponer demanda ante el Juzgado de lo Social contra el beneficiario.

<sup>33</sup> MONEREO PÉREZ, J.L.: *Manual de Seguridad Social*, en AAVV: MONEREO PÉREZ, J.L., MOLINA NAVARRETE, C. y QUESADA SEGURA, R., Editorial Tecnos, Madrid, 2017, página 641.

La LRJS no establece una modalidad específica para la revisión judicial en su artículo 146 LRJS, ya que el contenido de dicho artículo es de carácter sustantivo más que procesal, lo que lleva a plantearse si la revisión judicial de los actos declarativos de derechos reconocidos configura una modalidad procesal dentro de la modalidad general para las prestaciones de Seguridad Social o si por el contrario es la misma modalidad común en materia de Seguridad Social.<sup>34</sup>

Existe doctrina que sostiene que se trata de la misma modalidad procesal que se prevé para las prestaciones de la Seguridad Social aunque mantiene algunas particularidades que evidencian su singularidad.<sup>35</sup>

Por tanto, el legislador simplemente ha limitado la capacidad de autotutela de la Administración de la Seguridad Social a fin de adaptar el derecho de los beneficiarios a la seguridad jurídica y a la tutela judicial efectiva con el privilegio de la Administración, sin regular un proceso específico.

No obstante, existen singularidades que hacen que tampoco se siga un proceso genérico encontrándonos tres diferencias:

1. La improcedencia de la reclamación previa: cuando el procedimiento se inicia a instancia de la Entidad Gestora contra el beneficiario que se le ha reconocido el derecho a una prestación no procede reclamación previa como establece el artículo 140 LRJS, ya que sólo se prevé para demandas contra organismos gestores y entidades colaboradoras en la gestión.
2. Prescripción: La LRJS modifica el plazo de revisión de sus actos declarativos de derechos en perjuicio de sus beneficiarios. La LPL establecía que era de cinco años y el artículo 146.3 LRJS lo ha reducido a cuatro años quedando el plazo de prescripción ajustado también a otras situaciones jurídicas contempladas por la legislación como pueden ser el reconocimiento de prestaciones y para instar la devolución de las cantidades indebidamente percibidas por el beneficio.
3. Ejecutividad: Una de las características principales de la revisión judicial de actos declarativos de derechos por parte de las Entidades Gestoras es la ejecutividad inmediata de la sentencia judicial que declare la revisión del acto impugnado conforme establece el artículo 146.4 LRJS para aquellas sentencias dictadas a instancia de las Entidades Gestoras para revisar actos propios declarativos de derechos.<sup>36</sup>

Este tipo de ejecutividad no es la regulada en el Libro IV, Título I, Capítulo IV con la denominación “De la ejecución de sentencias frente a entes público” que regula los efectos de las relaciones judiciales dictadas frente al Estado, Entidades Gestoras o Servicios Comunes de la Seguridad Social, siendo de aplicación en dicho caso el artículo 140 LRJS que regula la ejecutividad de las sentencias en las que el beneficiario demanda a las Entidades Gestoras en procesos de Seguridad Social, en estos casos la ejecutividad de la sentencia deberá efectuarse en el plazo de dos meses a partir de su firmeza.

<sup>34</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 308.

<sup>35</sup> MONEREO PÉREZ, J.L.: *Manual de derecho laboral: teoría y práctica*, 3ª Edición, Ed. Tecnos, Madrid 2012, página 413.

<sup>36</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 312.

De este modo, hay que aclarar que la firmeza de la sentencia es un presupuesto necesario para su ejecución, bajo dicha premisa tendríamos que pensar que la ejecutividad inmediata de la sentencia que declare la revisión del acto impugnado por la Entidades Gestoras debe ser firme y sin posibilidad de recurso.

Sin embargo, el artículo 146.4 LRJS no hace referencia expresa a que la resolución judicial no se pueda recurrir, sólo alude a que la sentencia será inmediatamente ejecutiva.

El artículo 245.3 LOPJ dispone que la firmeza de la sentencia se deduce de la imposibilidad de entablar recurso alguno, salvo en el revisión u otros extraordinarios que establezca la ley.

Por tanto, existen una sentencia será firme si se producen alguna de estas dos premisas:

- a) Que no pueda recurrirse.
- b) Que la ley expresamente dé firmeza a determinadas sentencias judiciales en aquellos procesos especiales previstos en el ordenamiento jurídico.

El artículo 146.4 LRJS no hace referencia alguna ni a la posibilidad de recurso ni tampoco a la firmeza de la sentencia, sólo expone que será inmediatamente ejecutiva lo que nos lleva a interpretar que las Entidades Gestoras no tienen que esperar la firmeza de la sentencia para ejecutar la revisión autorizada por el órgano judicial.

No obstante, el título ejecutivo será provisional quedando a expensas de la sentencia firme.

El beneficiario podrá recurrir la sentencia judicial que autoriza a la Entidad Gestora a actuar de oficio para revisar el derecho reconocido.

En la práctica la inmediatez de la ejecución no es tan inminente como podría esperarse, ya que la Entidad Gestora no puede dejar totalmente desprotegido al beneficiario si ejecutase la sentencia exigiendo la totalidad de la deuda contraída con la Seguridad Social.

En estos casos implica una ejecución de embargo de los bienes de personas sin recursos lo produce que la ejecución de dilate en el tiempo a fin de que el beneficiario pueda afrontar su pago.

La ejecutividad inmediata se consigue mediante otro instituto ligado íntimamente a la ejecución provisional como es la consignación del capital coste de la prestación.<sup>37</sup>

## 5. CONCLUSION

Dentro del Proceso Especial de Seguridad Social nos encontramos las tres modalidades procesales anteriormente descritas, que permiten tanto a los beneficiarios como a las Entidades Gestoras acceder al orden jurisdiccional a través de un procedimiento administrativo previo y característico en cada caso a fin de garantizar los derechos y obligaciones de cada parte.

---

<sup>37</sup> IGLESIAS OSORIO, B.C.: *Jurisdicción y procesos de Seguridad Social...* op.cit, página 315.