

GUÍA PRÁCTICA DE LOS PROCEDIMIENTOS EN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA INCAPACIDAD TEMPORAL

PRACTICAL GUIDE TO PROCEDURES FOR CLAIMS RELATED TO TEMPORARY DISABILITY*

Ignacio Martínez Sabater

Abogado

SUMARIO: I. Procedimiento de reclamación del subsidio de IT; 1) procedimiento de las prestaciones de la Seguridad Social (Arts. 71 y 140 LRJS); 2) Acción de resolución del contrato de trabajo (Art. 50. 1 B) E.T.); 3) Denuncia ante la ITSSL. –II. Procedimiento de revisión del alta médica de los servicios públicos de salud (Arts. 71 y 140 LRJS). –III. Procedimiento de disconformidad con el alta médica de las entidades gestoras (INSS O ISM). –IV. Procedimiento especial de revisión del alta médica de las mutuas. –V. Procedimiento de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal. –VI. Bibliografía citada.

RESUMEN

El análisis de la regulación de los distintos procedimientos relacionados con las reclamaciones en materia de incapacidad temporal, comprendiendo en el mismo, tanto la vía judicial como también la vía administrativa previa, exige para su sistematización, una identificación previa de los distintos objetos de tales reclamaciones. Partiendo así, de este criterio, pueden clasificarse los distintos procedimientos de reclamación, en función de su objeto, entre los que tienen como tal, la reclamación de la cuantía económica de la prestación de incapacidad temporal, la impugnación del alta médica y los dirigidos a la determinación de la contingencia. Subdividiéndose los segundos —los relacionados con la impugnación del alta médica— entre aquellos, en los que el alta se produce con anterioridad del agotamiento del plazo de 365 días de incapacidad temporal, al cumplirse exactamente dicho plazo y, finalmente aquellos en los que alta se emite por la Mutuas.

ABSTRACT

The analysis of the regulation of the different procedures related to claims regarding temporary disability benefits, including both the judicial route and the prior administrative route, requires, for its systematization, a prior identification of the different objects of such claims. Based on this criterion, the different claim procedures can be classified, depending on their object, between

* Recibido el 21 de febrero de 2025. Aprobado el 3 de marzo de 2025.

those that have as such, the claim for the economic amount of the temporary disability benefit, the challenge of medical discharge and those aimed at determining the contingency. The latter —those related to the challenge of medical discharge certificate issued by the INSS— are subdivided between those in which the discharge occurs prior to the exhaustion of the 365-day period of temporary disability, when said period is exactly fulfilled and, finally, those in which the discharge is issued by the Mutual Insurance Companies or Mutual Society.

Palabras clave: incapacidad temporal, subsidio, reclamación, procedimiento, impugnación alta médica, determinación de contingencia

Key words: temporary disability, subsidy, claim, procedure, medical discharge challenge, determination of contingency

I. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN DEL SUBSIDIO DE IT

VÍAS DE RECLAMACIÓN

El procedimiento de reclamación del subsidio de incapacidad temporal no puede considerarse en sí, como un procedimiento especial con relación a lo que la doctrina define como el proceso 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*».¹

La singularidad así, de este procedimiento para la reclamación del subsidio no difiere de lo que es común a los procesos de Seguridad Social. Es decir, su especialidad radica en el carácter vinculante de la reclamación previa (que, en esta materia (Seguridad Social), persistió a la reforma de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, cuya disposición final tercera, que modificó el art. 69 de la LRJS, suprimiendo, con carácter general, el trámite de la reclamación administrativa). Reclamación previa que se interpone en la vía administrativa y con la vía judicial, puesto que sin ésta no puede iniciarse dicha vía.

Además, el incumplimiento de la obligación de pago de la prestación de IT puede dar lugar a la rescisión del contrato de trabajo, en caso de que aquel sea reiterado. Y también, puede conllevar la comisión de una infracción administrativa. Lo que, permite afirmar que caben más vías para reclamar el incumplimiento del abono del subsidio, que la mera reclamación directa a través del proceso de seguridad social.

1) PROCEDIMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Arts. 71 y 140 LRJS)

En cuanto al plazo de reclamación del subsidio de IT, existe una especialidad, pues no resulta de aplicación el plazo general de prescripción del art. 53 del TRLGSS), sino el de un año desde el vencimiento de cada mensualidad impagada (art. 54 del TRLGSS). Además, surge la duda, por el tenor literal del precepto que lo regula, de si el mismo es un plazo de prescripción o de caducidad (el precepto dice literalmente que el derecho caducará). Sin embargo, la Jurisprudencia ha aclarado que es un plazo de prescripción (STS 20/06/2019, Recurso: 53/2018). Y, por consiguiente, susceptible de ser interrumpido por cualquiera de los medios legales adecuados a tal efecto conforme al art. 1973 del Código Civil.

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

Respecto al cumplimiento de requisitos preprocesales, como ya se ha adelantado, es requisito necesario para formular demanda la interposición de reclamación previa ante la Entidad gestora de las mismas.

El plazo para la contestación de la misma es de cuarenta y cinco días, entendiéndose desestimada una vez transcurrido dicho plazo.

La demanda ha de formularse en el plazo de treinta días, a contar desde la fecha en que se notifique la denegación de la reclamación previa o desde el día en que se entienda denegada por silencio administrativo.

Con relación a quienes están legitimados pasivamente, resulta preciso llamar al proceso a la Entidad gestora, a la entidad colaboradora, en su caso (cuando tenga atribuida las contingencias profesionales o la gestión del subsidio de IT por contingencias comunes), y a la empresa, como responsable del pago directo (en los primeros doce días) o delegado (a partir del décimo sexto en adelante).

En cuanto al procedimiento, también se ha comentado que el cauce procesal regulado en el Capítulo VI del Título II de la LRJS: De las prestaciones de la Seguridad Social.

Finalmente, respecto del régimen de Recursos, es el ordinario. Si bien, en cuanto a la cuantía que da acceso a la suplicación, ha de acudirse a la regla del artículo 192. 4 del LRJS; que remite, en materia de prestaciones a lo dispuesto en el apartado 3 para las prestaciones económicas periódicas de cualquier naturaleza o diferencias sobre ellas: la cuantía litigiosa vendrá determinada por el importe de la prestación básica o de las diferencias reclamadas, ambas en cómputo anual.

2) ACCIÓN DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO (Art. 50. 1 B) E.T.)

El impago o retraso del subsidio se considera un incumplimiento empresarial grave que justifica la resolución del contrato, al amparo del art. 50 del ET, con los mismos parámetros temporales que para los salarios (tres mensualidades completas, en el período de un año, o retrasos en el pago de más de 15 días, durante seis meses, aún no consecutivos, también en el periodo de un año).

3) DENUNCIA ANTE LA ITSS

Infracciones del Empresario relacionadas con el impago de la prestación de IT:

Se considera grave la infracción de incumplir las obligaciones económicas derivadas de su colaboración obligatoria en la gestión de la Seguridad Social, sancionable con multa de 751 a 7 500 € (art. 22. 4 del RDL 5/2000, por el que se aprueba el texto refundido de la LISOS, por incumplir las obligaciones económicas derivadas de su colaboración obligatoria en la gestión de la Seguridad Social).

Incluso podría constituir una infracción muy grave del art. 23.1 f) por efectuar declaraciones o facilitar, comunicar o consignar datos falsos o inexactos, que ocasionen liquidaciones, deducciones o compensaciones fraudulentas en las cuotas a satisfacer a la Seguridad Social, o incentivos relacionados con las mismas, si la empresa se practica deducciones o compensaciones por los subsidios, pese a no haberlos abonado previamente al denunciante.

II. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD (Arts. 71 y 140 LRJS)

Se aborda en este apartado el procedimiento a seguir en la revisión del alta médica, con anterioridad al agotamiento del plazo de doce meses de duración de la incapacidad temporal. O también, cuando el alta se emita después de transcurridos los 365 días.

Requisitos preprocesales: Necesaria interposición de reclamación previa.

Es requisito necesario para formular demanda la interposición de reclamación previa ante la Entidad gestora de las mismas.

Debe interponerse ante la Entidad Gestora, en el plazo de once días desde la notificación de la resolución. Pero la impugnación no prorroga la situación de IT, debiendo el trabajador reincorporarse a su puesto de trabajo.

El plazo para la contestación de la misma es de siete días, entendiéndose desestimada una vez transcurrido dicho plazo.

La demanda ha de formularse en el plazo de veinte días, a contar desde la fecha en que se notifique la denegación de la reclamación previa o desde el día en que se entienda denegada por silencio administrativo.

Legitimados Pasivamente, en este supuesto estaría la entidad gestora y el servicio público de salud, cuando se impugne el alta emitida por dicho organismo.

Está previsto en la LRJS como un procedimiento urgente y preferente, con la consecuencia de que el señalamiento de la vista ha de llevarse a cabo en los cinco días siguientes a la admisión de la demanda. Y los días del mes de agosto y los que median entre el 24 de diciembre y el 6 de enero del año siguiente, ambos inclusive, serán hábiles. Debiendo dictarse la sentencia en el plazo de tres días.

Respecto del régimen de recursos, no cabe recurso contra la sentencia.

Finalmente, rige una regla especial de acumulación (art. 140. 3. c), que supone una prohibición de acumulación de otras acciones, incluso la reclamación de diferencias en la prestación económica, sin perjuicio de que la sentencia que estime indebida el alta, disponga la reposición en la prestación que hubiera venido percibiéndose.

III. PROCEDIMIENTO DE DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA DE LAS ENTIDADES GESTORAS (INSS O ISM)

(Art. 3 R.D. 1430/2009, de 11 de septiembre y Art 170.3 TRLGSS).

Este procedimiento de revisión del alta cuando el mismo se produce al cumplirse los 365 días, se inicia por el interesado, en el plazo máximo de los cuatro días naturales siguientes a la notificación de la resolución.

Se cumplimenta en el modelo aprobado a tal efecto por la correspondiente entidad gestora, que está disponible en la página web de dicha entidad.

Se ha de presentar ante la Inspección Médica Del Servicio Público De Salud.

Y existe la obligación del interesado de comunicar su iniciación a la empresa, en el mismo día en que lo presente o en el siguiente día hábil.

Por otro lado, existe un deber de comunicación recíproca entre las entidades gestoras y los Servicios Públicos De Salud de la presentación de la disconformidad, así como todas las decisiones que adopten en el desarrollo del procedimiento. Y asimismo de la entidad gestora competente, respecto de la empresa, tanto de la iniciación como de las decisiones que puedan afectar a la duración de la situación de Incapacidad Temporal del interesado.

Dichas comunicaciones se han de llevar a cabo preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos.

Resolución de la Inspección Médica del Servicio Público de Salud: Opciones: Dicho órgano puede:

A) Discrepar del criterio de la entidad gestora, proponiendo, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquélla, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.

B) Confirmar la decisión de la entidad gestora.

C) No emitir pronunciamiento alguno en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución.

Efectos de la confirmación del alta o del silencio confirmatorio: el alta médica adquiere plenos efectos; prorrogándose la situación de Incapacidad Temporal, durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha del alta médica y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos.

Efectos de la discrepancia con el alta: obliga a pronunciarse a la Inspección Médica de la entidad gestora en los siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, así como a la Inspección Médica del Servicio Público de Salud.

Pronunciamientos de la entidad gestora: Opciones que tiene esta Entidad:

A) Reconsiderar el alta médica, con el efecto de que se prórroga la situación de Incapacidad Temporal a todos los efectos.

B) Reafirmarse en su decisión, debiendo aportar las pruebas complementarias que fundamenten aquélla. Supuesto en el que sólo se prórroga la situación de Incapacidad Temporal hasta la fecha de la última resolución.

En los supuestos de confirmación del alta médica, cabe su impugnación directa mediante demanda ante el juzgado de lo social, en el plazo de 20 días; plazo que se computará desde la adquisición de plenos efectos del alta médica o desde la notificación del alta definitiva acordada por la Entidad gestora.

Se exceptúa de reclamación previa, en virtud de lo dispuesto en el art. 71. 1, segundo inciso de la LRJS.

Legitimada pasivamente, en este caso, estaría solo la entidad gestora.

Y como en el supuesto anterior que tiene en común ser también la impugnación judicial de un alta médica, es un procedimiento urgente y preferente, no cabe recurso contra la sentencia y rige también la regla especial de acumulación del art. 140. 3. c).

IV. PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA DE LAS MUTUAS

(Art. 4. RD 1430/2009, de 11 de septiembre, con la modificación incorporada por la disposición final tercera del RD 625/2014).

Este procedimiento que seguir cuando el alta se emite por las Mutuas, con anterioridad al agotamiento del plazo de doce meses de duración de la incapacidad temporal, se inicia por el interesado ante la entidad gestora competente:

- La tramitación del procedimiento debe considerarse preferente por la entidad gestora, con el fin de que se dicte la resolución correspondiente en el menor tiempo posible.
- El plazo es de diez días hábiles siguientes al de la notificación del alta.

- La solicitud manifestará los motivos de su disconformidad con dicha alta médica. Deberá acompañar 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 lo ha de comunicar a la empresa en el mismo día en que presente su solicitud o en el siguiente día hábil.
- La mera iniciación del procedimiento suspende 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.

Tras la solicitud por el interesado, la entidad gestora ha de comunicar a la mutua colaboradora con la Seguridad Social el inicio del procedimiento 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 presente la citada documentación, se ha de dictar la resolución que proceda, teniendo en cuenta la información facilitada por el interesado.

La mutua colaboradora con la Seguridad Social correspondiente puede 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.

También la entidad gestora ha de poner en conocimiento de su inicio a la empresa, en el plazo de los dos días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud por parte del interesado. Y 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, debe informar de dicha circunstancia al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, con carácter inmediato.

Asimismo, el Servicio Público de Salud tiene el deber de informar:

A) Al interesado: cuando solicite una baja médica derivada de contingencia común y se conociera la existencia de un proceso previo de Incapacidad Temporal derivada de contingencia profesional en el que se hubiera emitido un alta médica, sobre la posibilidad de iniciar procedimiento especial de revisión.

B) A la entidad gestora: de la existencia de dos procesos distintos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados.

Respecto a los efectos sobre el abono de la prestación de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, se reconocerá 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.

En cuanto a la Resolución de la entidad gestora, ésta debe producirse, en el plazo máximo de quince días hábiles, a contar desde la aportación de la documentación por parte de la entidad colaboradora; previo informe preceptivo del equipo de valoración de incapacidades, que debe examinar y valorar el caso concreto.

Y la misma, debe determinar 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 termina con alguno de los siguientes pronunciamientos:

- a) Confirmación del alta médica emitida por la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de 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: el alta médica emitida por la entidad colaboradora no produce 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 han de fijar 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 puede declarar sin efectos el alta médica emitida por la entidad colaboradora por considerarla prematura. En estos casos, la resolución ha de determinar 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 consideran 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.

Si llegara a cumplirse la duración máxima de la situación de Incapacidad Temporal de un año, durante la tramitación de este procedimiento especial de revisión, la entidad gestora competente ha de resolver de conformidad con lo previsto en el artículo 170. 3 de la Ley General de la Seguridad Social.

El abono de la prestación de Incapacidad Temporal durante la tramitación de este procedimiento especial es incompatible con las rentas derivadas del ejercicio de la actividad profesional.

No existen requisitos preprocesales: Las resoluciones emitidas por la entidad gestora, se consideran dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la LRJS, por lo que para su impugnación procede demanda directa ante el juzgado de lo social en el plazo de 20 días.

Legitimados Pasivamente, lo estarán la entidad gestora, la colaboradora en la gestión y la empresa.

Como en los supuestos anteriores de impugnación judicial de un alta médica, es un procedimiento urgente y preferente, no cabe recurso contra la sentencia y rige también la regla especial de acumulación del art. 140. 3. c).

V. PROCEDIMIENTO DE DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA CAUSANTE DE DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre (incorporado por la disposición final tercera del RD 625/2014, de 18 de julio)

Este procedimiento puede iniciarse, a partir de la fecha de emisión del parte de baja médica:

a) De oficio, por las Entidades Gestoras, o como consecuencia de petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o del Servicio Público de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

b) A instancia del trabajador.

c) A instancia de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social o de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente.

Las solicitudes han de ir acompañadas de toda la documentación necesaria para poder determinar la contingencia, incluidos, en su caso, los informes y pruebas médicas realizadas.

La Entidad Gestora tiene el deber de comunicar su iniciación al Servicio Público De Salud competente, a la Mutua colaboradora con la Seguridad Social o a la empresa colaboradora, según corresponda, cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia y en aquellos asuntos que les afecten, para que, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles, aporten los antecedentes relacionados con el caso de que dispongan e informen sobre la contingencia de la que consideran que deriva el proceso patológico y los motivos del mismo.

También se ha de dar traslado al trabajador, cuando no hubiera sido a instancia suya, comunicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles para aportar la documentación y hacer las alegaciones que estime oportunas.

Cuando por el Servicio Público De Salud se hubiera emitido parte de baja por contingencias comunes, se ha de iniciar el abono de la prestación de Incapacidad Temporal que por estas corresponda hasta la fecha de resolución del procedimiento, sin perjuicio de que cuando la resolución determine el carácter profesional de la contingencia, la mutua que la cubra deba abonar al interesado la diferencia que resulte a su favor, y reintegrar tanto a la entidad gestora, en su caso, la prestación abonada a su cargo, mediante la compensación de las cuantías que procedan, como al Servicio Público De Salud el coste de la asistencia sanitaria prestada.

Asimismo, cuando la contingencia profesional estuviera a cargo de la entidad gestora, ésta abonará al interesado las diferencias que le correspondan.

De igual modo se ha de proceder cuando la resolución determine el carácter común de la contingencia, modificando la anterior calificación como profesional y su protección hubiera sido dispensada por una mutua. Debiendo ésta ser reintegrada por la entidad gestora y el Servicio Público De Salud de los gastos generados por las prestaciones económicas y asistenciales hasta la cuantía que corresponda a dichas prestaciones en consideración a su carácter común. Asimismo, la mutua, cuando ambas contingencias fueran protegidas por la misma, realizará las correspondientes compensaciones en sus cuentas.

Debe emitirse con carácter preceptivo Informe del Equipo De Valoración De Incapacidades (EVI), sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad.

Y tras la emisión del informe anterior, se ha de dictar resolución por la Entidad Gestora, en el plazo máximo de quince días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas, o del agotamiento de los plazos fijados para ello.

En cuanto a su contenido, la misma ha de pronunciarse sobre los siguientes extremos:

a) Determinación de la contingencia, común o profesional, de la que derive la situación de Incapacidad Temporal y si el proceso es o no recaída de otro anterior.

b) Efectos que correspondan, en el proceso de Incapacidad Temporal, como consecuencia de la determinación de la contingencia causante, cuando coincidan en el tiempo dolencias derivadas de distintas contingencias.

c) Sujeto responsable de las prestaciones económicas y sanitarias.

Finalmente, la misma ha de comunicarse al interesado, a la empresa, a la Mutua y al Servicio Público De Salud.

No existen requisitos preprocesales, ya que la resolución de la entidad gestora tiene los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, por lo que contra la misma cabe demanda directa en el plazo de 30 días.

Resultan legitimados pasivamente, la Entidad gestora, la colaboradora en la gestión y la empresa.

En cuanto al procedimiento, en la vía judicial, es el cauce procesal regulado en el Capítulo VI del Título II de la LRJS: De las prestaciones de la Seguridad Social. Y, respecto del régimen de Recursos, es el ordinario.

VI. BIBLIOGRAFÍA CITADA

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