Informe sobre incapacidad temporal por contingencias comunes

NI UN DÍA MENOS

El DERECHO *a la* SALUD *y* RECUPERACIÓN *de las personas trabajadoras*

CCOO, a través de las Secretarías de Políticas Públicas y Protección Social y de Salud Laboral y Medio Ambiente, ha estado seis meses trabajando en un informe que desmonta los mensajes que se suelen escuchar acerca del fenómeno de las situaciones de Incapacidad Temporal (bajas) y las prestaciones que llevan aparejadas. Este es un breve resumen de la valoración de CCOO de las causas que explican la evolución de la prestación de incapacidad temporal (IT) de contingencias comunes, y sus propuestas de acción para anticipar los plazos de recuperación de la salud de las personas trabajadoras.

1. PRESERVAR EL DERECHO A LA INCAPACIDAD TEMPORAL

- **La IT protege dos derechos constitucionales: la salud y el trabajo. Debe garantizarse en sus justos términos, ni un día más ni un día menos de lo necesario para recuperar la salud.**

La prestación de incapacidad temporal (IT) tiene como objetivo prioritario preservar dos derechos reconocidos constitucionalmente: el derecho a la salud de las personas trabajadoras (art. 43 CE) y el derecho a la reincorporación al trabajo (art. 35 CE).

La prestación de IT por tanto es un derecho que tienen reconocido las personas trabajadoras que se encuentran impedidas para el trabajo por causa de enfermedad o accidente durante el tiempo que esté recibiendo asistencia sanitaria pública hasta que recupere la salud y pueda volver al trabajo.

2. EVOLUCIÓN DE LA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

- **La IT es una dimensión complementaria del sistema sanitario, la falta de inversión en éste se proyecta después en prestaciones de IT.**

La prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes es, en la práctica, una dimensión complementaria de la prestación de asistencia sanitaria que

garantiza el Sistema Público de Salud, por lo que su evaluación tanto material como financiera ha de realizarse en el marco del conjunto del sistema de protección social y singularmente en el ámbito propio de la atención sanitaria.

Una parte de la evolución del gasto en incapacidad temporal puede tener una relación directa con la menor inversión que nuestro país hace en relación con el conjunto del gasto sanitario público (entre 2 y 3 puntos de PIB inferior que los países de nuestro entorno en la UE).

La insuficiencia de recursos preventivos, diagnósticos y de atención con los que el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar los problemas de salud del conjunto de la ciudadanía despliega así efectos relevantes con relación a las prestaciones de incapacidad temporal, tanto en su incidencia como en su duración.

- **La IT: un reto financiero importante, pero manejable ¿Gastamos lo que tenemos que gastar?**

El crecimiento de la incidencia de las prestaciones de incapacidad temporal por contingencia común supone un reto financiero importante, pero manejable en el conjunto de las prestaciones del sistema de Seguridad Social y la economía de nuestro país.

Para hacer un análisis adecuado de su evolución, conviene salirse de la trampa de la "visión túnel" a la que nos aboca la utilización exclusiva de datos nominales (sin considerar su peso relativo respecto de otros indicadores que les afectan) y periodos intencionadamente cortos y expuestos a mayor riesgo de volatilidad.

Desde CCOO hemos analizado la evolución del sistema entre 2007 y 2024 y analizados de forma global todos los indicadores que intervienen. Entre ambas fechas el gasto público en IT ha pasado de 7.254 millones € a 16.464 millones, lo que supone un incremento nominal, no en términos reales, de 9.210 millones €. Una cifra relevante, pero que está lejos de resultar un riesgo sistémico, como se presenta desde algunos sectores de opinión, con frecuencia poco neutrales.

En el periodo se aprecia una clara correlación positiva de la prestación con el ciclo económico (en época de crecimiento económico hay más garantías para ejercer el derecho), pero su utilización se realiza siempre manteniendo una relación bastante estable tanto con los ingresos por cotizaciones sociales (entre el 5% y el 7,6%) como con el PIB (entre el 0,5% y el 0,76%). Este escenario sólo comienza a cambiar a partir de la pandemia por Covid, cuando, entre otros fenómenos, se producen también efectos relevantes sobre la salud que impactan también en la IT.

Evolución comparada del gasto en IT en relación a la economía y la actividad laboral

AÑO	Gasto IT (millones euros)	Ingresos por COTIZACIONES (millones euros)	Relación Gasto IT/ Ingresos cotizaciones (porcentaje)	PIB (millones euros)	Relación Gasto IT/PIB (porcentaje)	Tasa desempleo T2 EPA (porcentaje)
2004	5.830	81.600	7,14%	860.059	0,68%	11,09%
2005	6.407	87.907	7,29%	928.122	0,69%	9,32%
2006	6.851	95.402	7,18%	1.004.976	0,68%	8,44%
2007	7.254	103.263	7,02%	1.077.541	0,67%	7,93%
2008	7.534	108.187	6,96%	1.112.432	0,68%	10,36%
2009	7.176	106.553	6,73%	1.072.990	0,67%	17,77%
2010	6.733	105.491	6,38%	1.077.145	0,63%	19,89%
2011	6.241	105.312	5,93%	1.068.690	0,58%	20,64%
2012	5.360	101.059	5,30%	1.035.964	0,52%	24,40%
2013	5.015	98.210	5,11%	1.025.652	0,49%	26,06%
2014	5.473	99.198	5,52%	1.038.949	0,53%	24,47%
2015	6.149	100.569	6,11%	1.087.112	0,57%	22,37%
2016	6.888	103.640	6,65%	1.122.967	0,61%	20,00%
2017	7.586	109.223	6,95%	1.170.024	0,65%	17,22%
2018	7.485	115.069	6,50%	1.212.276	0,62%	15,28%
2019	9.527	124.255	7,67%	1.253.710	0,76%	14,02%
2020	11.888	119.952	9,91%	1.129.214	1,05%	15,33%
2021	12.469	131.857	9,46%	1.235.474	1,01%	15,39%
2022	13.590	140.248	9,69%	1.375.863	0,99%	12,69%
2023	14.095	154.399	9,13%	1.497.761	0,94%	11,67%
2024	16.464	165.577	9,50%	1.594.330	1,03%	11,27%

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social y M. Economía

- **2/3 del incremento de gasto público en IT se explica por la evolución de la actividad económica y la demografía**

El grueso del incremento de gasto público en IT se explica por la evolución de la actividad económica y el empleo, junto al envejecimiento de la población trabajadora. La evolución de la población protegida y la mejora de las bases de cotización explican el 47,5% del total de incremento del gasto, mientras que las consecuencias que despliega el envejecimiento medio de la población trabajadora explican el 18,5% del total del incremento del gasto producido (la incidencia de la IT es inferior en los grupos de mayor edad, pero el tiempo que necesitan para recuperar la salud es más largo).

Causas que explican el incremento de gasto público en IT 2007-2024

CONCEPTO	Importe (millones €)	Explicación variación	Variación total (millones €)
Gasto IT en 2007	**7.254,00**		
Incremento Cotizaciones (Bases, Población protegida)	4.377,42	47,5%	**9.210**
Incremento ligado a envejecimiento población protegida	1.704,84	18,5%	
Otras causas	3.127,74	34,0%	
Gasto IT en 2024	**16.464,00**		

Fuente: elaboración propia CCOO

- **El resto del incremento del gasto público en IT se explica principalmente por causas objetivas relacionadas con la salud**

Entre todas ellas **destaca por importancia la pandemia por Covid**, aunque no es la única. La pandemia en 2020 ha supuesto un punto de inflexión en los componentes de salud y su percepción social, después de registrar en nuestro país millones de personas contagiadas y entre 122.000 y 140.000 fallecidos (2,2 millones en Europa, 7 millones en el mundo). Además de un aumento de la concienciación social por la salud, el Covid no sólo supone una enfermedad nueva, sino que también ha contribuido a aumentar el número de enfermedades leves prexistentes. No es casual que las 30 principales causas de enfermedad que causan IT de menos de 15 días, que acumulan casi 4 millones de procesos, corresponden en 2/3 a dolencias banales fuertemente relacionadas con infecciones leves pero que ahora cursan en mayor medida (gripes, amigdalitis, faringitis, gastroenteritis, ...).

Es evidente que **los problemas de salud mental** crecen en importancia en todas las sociedades avanzadas hasta el punto de configurarse como un elemento central en la calidad de vida de las personas y, por tanto, también como un vector de atención prioritario también desde las prestaciones de incapacidad temporal. El hecho de que España sea el líder mundial en consumo de benzodiacepinas y ansiolíticos y el tercer país de la Unión Europea en utilización de antidepresivos, tiene que desplegar necesariamente efectos no sólo sobre la IT, sino sobre el conjunto de dimensiones social y económica del país. El tratamiento farmacológico de estos procesos seguramente será necesario en la mayoría de los casos, pero resulta imprescindible complementarlos con atención de carácter psicológica y psiquiátrica, así como establecer pautas prevencionistas de salud mental, tanto en el marco de las relaciones laborales como en relación con el conjunto de la sociedad.

Otro elemento que está incidiendo en los procesos de IT se deriva de la cronificación de **enfermedades antes mortales**. Se trata de un avance muy relevante derivado de la mejora de la respuesta sanitaria que tienen determinados diagnósticos que antes eran mortales y ahora, sin embargo, somos capaces de cronificar.

La capacidad de respuesta del Servicio Nacional de Salud en lo que se refiere a **listas de espera** explica también una parte de los procesos de IT. Los procesos de IT de más de 15 días de duración se concentran mayoritariamente en los diagnósticos osteomusculares. La mayoría de ellos son de actuación asistencial inmediata, como en el caso de las fracturas, y otros con posibles demoras en las citaciones facultativas, pruebas diagnósticas o terapéuticas, o en rehabilitación. La inversión en recursos del Sistema público de salud tiene un efecto relevante sobre los procesos de IT.

El subregistro o infradeclaración de la enfermedad profesional (EP) o relacionada con el trabajo es un problema históricamente denunciado por CCOO. La derivación al sistema público de salud de diagnósticos que en realidad tienen un origen profesional contribuye a retrasar la respuesta sanitaria de los mismos y a una confusión en relación con el responsable del pago de las mismas. La propia norma que regula los requisitos exigidos para acreditar una EP (causa exclusiva y listado cerrado de enfermedades) dificultan su reconocimiento y deberían modificarse para garantizar un tratamiento jurídico garantista y equilibrado que hoy no se produce.

- **El coste empresarial es relevante, pero está lejos del escenario alarmista que se plantea**

El Banco de España en su último Informe anual ha estimado el coste directo empresarial de la prestación de incapacidad temporal en 4.613 millones de euros en el ejercicio 2024. Este dato contrasta con los publicados por las organizaciones empresariales y la Asociación de Mutuas colaboradoras que lo sitúan entre los 14.000 y los 81.000 millones de euros anuales, mostrando una clara desproporción que no parece casual ni inocente.

Tampoco parece casual la pretendida confusión que se promueve al presentar el derecho a la IT como “absentismo”, cuando dicho fenómeno describe exclusivamente a quienes se ausentan sin causa justificada del trabajo. Las prestaciones de incapacidad temporal, los permisos de conciliación, las vacaciones retribuidas, lo permisos de formación, ,,, no son absentismo, son derechos de las personas trabajadoras.

- **Los datos demuestran que no se produce ninguna situación de abuso generalizado de la IT**

El análisis de los datos de IT demuestra que no hay constatación objetiva de situaciones de abuso generalizado o fraude respecto de ningún colectivo específico, sexo, dolencia, sector de actividad o ámbito territorial.

Apunta a ello el hecho de que en todos los territorios se registra una relación inversa entre incidencia y duración de los procesos. Es decir, en ningún caso se registra una incidencia alta de la IT y, además, una duración también alta de los procesos. Donde se registran más procesos de IT, las duraciones son más bajas.

La duración media de la IT de contingencia común permanece estable en el entorno de los 37-40 días desde hace dos décadas, con el único paréntesis de la pandemia Covid. Más aún, en todas las provincias y CCAA la duración media de la IT de contin-

gencia común, controlada por los médicos de atención primaria, tiene una duración (39,2 días) inferior a la de la IT derivada de contingencia profesional (45,2 días), controlada exclusivamente por los médicos de las Mutuas colaboradoras.

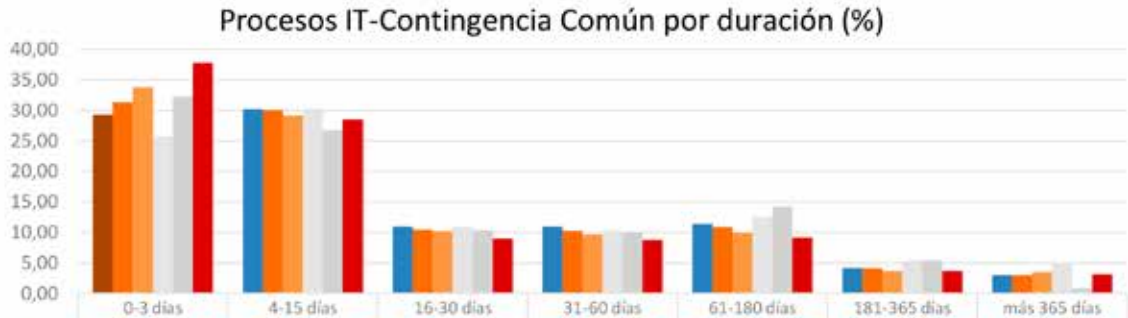
No hay un crecimiento generalizado de las prestaciones de IT. El mayor incremento de las prestaciones de IT se concentra en duraciones singularmente cortas, inferiores a 3 días, que no generan derecho a prestación pública y que suponen el 37,8% del total de procesos causados en 2024. Nunca antes se había registrado este fenómeno de forma tan intensa y parece estar vinculado a procesos especialmente ligados a infecciones del aparato respiratorio, cuya incidencia han crecido desde la pandemia por Covid.

Le siguen en importancia las prestaciones con duraciones entre 4 y 15 días, que no generan gasto público, aunque las personas protegidas sí tienen derecho a prestación pública. En 2024 supusieron el 28,5% del total de IT reconocidas. Así, el 66,4% de las prestaciones de IT reconocidas (esto es, 2 de cada 3) tienen una duración inferior a 15 días, por lo que no generan gasto público.

Las prestaciones que superan los 365 días son sólo el 3,16% en el que se concentran las personas con enfermedades más graves que, sin embargo, consiguen recuperar la salud de forma mayoritaria antes de finalizar los plazos de prórroga previstos en la norma.

Las prestaciones de duración superior a los 365 días se mantienen en un volumen muy estable desde 2017. De hecho, el relato que denuncia un crecimiento extraordinario de estos procesos en los últimos años se explica en realidad por un mero ajuste estadístico provocado por el hecho de que durante el Covid (años 2020-2021) se redujo el número de nuevas prestaciones y el indicador en cuestión se redujo también al mínimo (0,89%). Lo que ahora se percibe es la vuelta progresiva del indicador a su valor promedio tradicional, que entre 2017 y 2019 se situó entre el 3% y 3,5%

El resto de los tramos de prestación entre los 15 y los 365 días se ha reducido con carácter general.



	0-3 días	4-15 días	16-30 días	31-60 días	61-180 días	181-365 días	más 365 días
2017	29,32	30,18	10,96	10,97	11,36	4,17	3,03
2018	31,32	30,00	10,47	10,21	10,88	4,12	3,00
2019	33,78	29,19	10,18	9,64	9,98	3,71	3,51
2020	25,78	30,22	10,99	10,31	12,50	5,38	4,83
2021	32,27	26,77	10,38	10,06	14,21	5,43	0,89
2024	37,83	28,48	8,93	8,76	9,15	3,69	3,16

*años 2020 y 2021 se vieron afectados por el Covid; en 2024 se infieren los tramos intermedios a partir de datos AIReF

Fuente: elaboración propia CCOO, datos INSS y AIRef (2024)

- **No hay un situación de ausencia de control de la IT**

No es cierto que el actual modelo de control público de los procesos de IT se muestre incapaz de ejercer sus funciones y en ello radique una de las causas principales que explica la evolución que registra la IT. Al contrario, el diseño actual resulta plenamente garantista y en él participan instituciones tan relevantes como la Inspección médica del INSS, los facultativos de atención primaria del SNS y la Inspección médica del SNS, además de la actuación de las propias Mutuas en este ámbito.

En todo caso, respecto de lo que sí cabe llamar la atención no es del modelo de gobernanza de la prestación en este ámbito, sino de la insuficiente dotación de recursos humanos que la administración arrastra desde hace décadas y que limita su capacidad de acción. Y ello ocurre tanto en la Inspección Médica del INSS como en las plantillas de atención primaria del Sistema Público de Salud.

La insuficiencia de recursos humanos se está paliando, en parte, con la incorporación de nuevos procedimientos de seguimiento de los procesos en base a las oportunidades que ofrece la digitalización de la información y las nuevas tecnologías. Estos nuevos procesos mejoran la eficiencia de las actuaciones de seguimiento y control que realizan las administraciones públicas. A menudo se da cuenta del resultado de un único indicador de las actuaciones de control que realiza la Inspección Médica del INSS, cuando, en realidad, su tarea inspectora contiene hasta once actuaciones diferenciadas; sumadas todas ellas la actuación de seguimiento y control del INSS es claramente muy superior a la que se proyecta públicamente desde algunos sectores.

- **No es cierto que los lunes señalan una incidencia mayor de IT para eludir el trabajo**

Si tenemos en cuenta que en los fines de semana sólo se cursa un número pequeño de declaraciones de IT, los lunes concentran los procesos iniciados durante el fin de semana. Si tenemos en cuenta esos datos, los lunes están por debajo de la media diaria en la semana. Mienten con ese argumento y lo saben.

NÚMERO DE PROCESOS DE IT INICIADOS POR DÍA DE LA SEMANA				
DÍA DE LA SEMANA	2023		2024	
	Nº de procesos de IT	%	Nº de procesos de IT	%
LUNES	2.411.895	26,7%	2.521.155	27,2%
MARTES	1.734.303	19,2%	1.787.059	19,3%
MIÉRCOLES	1.617.357	17,9%	1.612.057	17,4%
JUEVES	1.498.272	16,6%	1.537.085	16,6%
VIERNES	1.209.944	13,4%	1.242.777	13,4%
SÁBADO	332.178	3,7%	330.830	3,6%
DOMINGO	230.028	2,5%	234.046	2,5%
Promedio de sábado a lunes	1.038.543	11,5%	1.049.714	11,3%
Total procesos	9.033.977	100,0%	9.265.009	100,0%
Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social				

3. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Con el objetivo de garantizar el ejercicio pleno al Derecho de las personas trabajadoras a la prestación de incapacidad temporal y garantizar así la recuperación de su salud en el menor plazo de tiempo posible, con el impacto correspondiente en tiempo de IT, desde CCOO planteamos una serie de medidas de actuación.

MEDIDAS COMPLEMENTARIAS A LA SEGURIDAD SOCIAL QUE CONTRIBUIRÍAN A MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA IT

Para garantizar la eficiencia de la prestación de IT es necesario también actuar sobre ámbitos que superan el sistema de Seguridad Social pero que inciden directamente sobre esta materia:

1 En el ámbito del sistema de Seguridad Social

- Reforzar la dotación de médicos inspectores del INSS, actualmente muy por debajo de su nivel óptimo.
- Actualizar la estadística de tiempos óptimos de incapacidad temporal, en función del diagnóstico, la ocupación laboral y las características de las personas beneficiarias (sexo, edad, existencia de comorbilidad con otras patologías, etc.), ya que la vigente se mantiene sin actualizaciones desde 2017.
- Reforzar la transparencia en la información, de manera que se pueda acceder a datos de gestión, completos, homogéneos y compartidos para que todos los agentes podamos trabajar con una información común y así poder realizar una evaluación correcta de la prestación que permita la propuesta de medidas de acción.

2 En el ámbito del Sistema Público de Salud

- Refuerzo de la atención primaria y especializada con carácter general.
- Refuerzo de los servicios de salud mental.
- Impulsar los instrumentos de diagnóstico de sospecha de origen laboral y modelos centinela, acordes con lo dispuesto en el art. 5 del RD 1299/2006 de modo que cuando un médico de atención primaria detecte un proceso

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

en el que pueda presumirse origen profesional se active de oficio un procedimiento de determinación de contingencia ante el INSS.

- Programas de formación de los médicos del Sistema Público de Salud en relación con la identificación de enfermedades de origen profesional.

- Establecimiento de criterios para el diagnóstico de las enfermedades profesionales desde los sistemas públicos de salud.

Impulsar la suscripción de convenios de colaboración entre los Servicios autonómicos de salud, el INSS y las Mutuas colaboradoras, para que los médicos de atención primaria del SNS puedan utilizar los recursos ociosos de las Mutuas para adelantar los tiempos de recuperación de la salud de las personas en IT.

❸ En el ámbito de la prevención de riesgos laborales

- Poner en funcionamiento todas las medidas acordadas en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027.

- Establecer protocolos para que cuando una Mutua en su asistencia del accidente de trabajo detecta una causa recurrente (bien sea de salud mental o de carácter musculoesquelético), lo ponga en conocimiento de los servicios de prevención y activen protocolos específicos frente a los riesgos laborales (tanto psicosociales, como ergonómicos).

- Registro de empresas que trabajan con cancerígenos y registro de personas trabajadoras expuestas a cancerígenos.

- Impulsar los programas de sustitución de agentes cancerígenos en el trabajo.

- Aportar en el sistema de información integrado e interoperable que utilizan las empresas con el INSS y las mutuas colaboradoras las evaluaciones de riesgos que realizan los servicios de prevención, para tener la información de las condiciones de trabajo a las que se exponen las personas trabajadoras en situación de IT.

- Presunción de accidente o enfermedad derivada del trabajo en las patologías musculoesqueléticas con vinculación a la actividad laboral desempeñada. Deben ser atendidas desde las mutuas. Si alguno de los procesos, finalmente responde a contingencia común, se compensará esa actuación de las mutuas.

- Establecimiento de un “bonus-malus” efectivo para prevenir accidentes de trabajo.

ACTUAR SOBRE LOS RESULTADOS DE SALUD EN PATOLOGÍAS CLAVE COMO LAS OSTEOMUSCULARES PUEDE SER ESPECIALMENTE ÚTIL

Sería especialmente útil priorizar la atención temprana en procesos osteomusculares que actualmente presentan duraciones inferiores a 365 días. Ello repercutiría en una mejora de los resultados en salud con un impacto relevante sobre el crecimiento del gasto de la prestación. Cabría para ello utilizar los recursos ociosos de las Mutuas colaboradoras, que deben activarse a iniciativa y por criterio médico de los facultativos del servicio público de salud, que son quienes tienen la responsabilidad de establecer la asistencia sanitara de las personas en IT de contingencia común.

En este sentido, resultan relevantes las medidas contenidas en el V Acuerdo de promoción del Empleo y Negociación Colectiva (AENC) en 2024 tanto por ajustarse al objeto material que se persigue como por haber sido suscritas por acuerdo entre las organizaciones sindicales y empresariales.

Que en este momento estos convenios no hayan podido concretarse más que en tres comunidades autónomas (Baleares, Asturias y Cataluña, con el INGESA par Ceuta y Melilla), estando en trance de hacerlo en otras tantas (Castilla la Mancha, Cantabria y Navarra), no deja de ser un dato positivo, pero preocupante por el insuficiente interés que están mostrando un buen número de comunidades autónomas.

LA GENERALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA ACELERARÍA LA ATENCIÓN

Al objeto de agilizar la respuesta en la atención sanitaria y determinar de forma adecuada las obligaciones de atención sanitaria y financiación de las prestaciones en razón de la contingencia que las producen, deben adoptarse medidas orientadas a mejorar los procedimientos de determinación de contingencia, tales como el establecimiento de instrumentos de diagnóstico de sospecha de origen laboral y modelos centinela, acordes con lo dispuesto en el art. 5 del RD 1299/2006.

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

MEJORA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ACTUALIZACIÓN DE LOS TIEMPOS ÓPTIMOS DE IT

Los elementos estrictamente relacionados con la mejora de gestión administrativa de las prestaciones, aun siendo de interés, no constituyen una causa principal que explique la evolución de las prestaciones y el gasto público asociado a las mismas. Pero sí tiene utilidad la mejora de los procesos de seguimiento administrativo de las prestaciones vinculándolos a la mejora de los tiempos óptimos, en términos similares a los que ya se han comenzado a operar en el marco de la implementación en las actuaciones llevadas a cabo por el INSS. Cabe destacar en este sentido el seguimiento de los procesos ligado a la superación de los tiempos óptimos.

La administración debe asimismo actualizar la referencia actualmente utilizada para determinar los tiempos óptimos de IT, que no se revisa desde 2017, para ajustarlos a la situación actual en relación a las patologías protegidas y las condiciones personales (edad, sexo, etc.) y laborales (ocupación) de las personas en IT.

INTEGRAR A LAS MUTUAS COLABORADORAS COMO ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Desde CCOO siempre nos hemos mostrado a favor de que estos procedimientos de seguimiento y control se realicen de forma efectiva y eficaz para conseguir una prestación eficiente y garantista con el derecho a la protección social que protege. Precisamente para garantizar el equilibrio entre la eficiencia y la garantía de protección, en opinión de CCOO todas las actuaciones de seguimiento y control de la IT han realizarse exclusivamente desde el ámbito público, evitando situaciones de potencial o real conflicto de interés.

En este marco, las propuestas de atribución de competencias adicionales de seguimiento y control de las Mutuas sobre los procesos de IT por contingencias comunes no pueden ser aceptadas.

Sin embargo, las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, que siguen siendo asociaciones de empresarios, forman parte del sector público estatal de carácter administrativo, de conformidad con la naturaleza pública de sus funciones y de los recursos económicos que gestionan, sin perjuicio de la naturaleza privada de la entidad (artículo 80.4. de la vigente Ley General de la Seguridad Social).

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

El modelo de colaboración público-privada del mutualismo empresarial en la atención de los daños derivados del trabajo es un modelo histórico que requiere una actuación y adaptación a la situación actual, integrando a las 18 mutuas, hoy entidades colaboradoras de la Seguridad Social, como entidades gestoras de la misma.

Proponemos integrar estas entidades colaboradoras con la Seguridad Social en entidades gestoras, garantizando a las personas trabajadoras que prestan servicios en las Mutuas todos sus derechos y garantías; así como todas las particularidades de una integración ordenada y respetuosa con la calidad del empleo.

La integración no afecta, ni debe hacerlo, al régimen de responsabilidad empresarial por incumplimientos en materia de Seguridad Social o de protección de la salud de las personas trabajadoras.

Es en este marco de participación de la Administración y de publificación de las mutuas, en el que, exclusivamente, se puede abordar el modelo de facultades de actuación de las mutuas con los sistemas públicos de salud en las intervenciones sobre las personas trabajadoras.

Siempre bajo el control público, con las garantías debidas de sigilo e intimidad para las personas afectadas y con el conjunto de procedimientos garantistas para el ejercicio de los derechos y las defensas oportunas cuando se sienta vulnerado un principio tan importante y fundamental, como es el de la salud.

CODECISIÓN EN LA ELECCIÓN DE LA MUTUA

Establecer la codecisión por acuerdo vinculante entre el empresario y la representación sindical en la elección de la Mutua que protege las contingencias profesionales en las empresas.

Ello reforzaría la legitimación social de la actuación de estas entidades entre las personas trabajadoras y ayudaría al reforzamiento de fórmulas participadas de actuación y plenamente garantistas con el conjunto de derechos y obligaciones que concurren en las materias que son objeto de su acción.

CCOO