

las mutuas y la incapacidad temporal: de una gestión compartida a una gestión subordinada.

José Luis Tortuero Plaza

1. INTRODUCCIÓN

No es fácil explicar e incluso entender y justificar el espacio de actuación de las clásicas Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el marco de la seguridad social. Estuvo claro durante casi un siglo y más aun desde nuestra primera Ley de Seguridad Social de 1966. En este tiempo las Mutuas se han convertido en el gestor hegemónico de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, hegemonía proporcionada por los empresarios que fueron centrando su opción de aseguramiento de los riesgos profesionales en las Mutuas.

La cuestión comenzó a complicarse a partir de los años 90 y todavía hoy no se ve con claridad el final del túnel. La sucesión de acontecimientos ha sido pintoresca, por decirlo de alguna manera, primero fueron incorporadas a la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes en calidad de “pagador de la prestación”, posteriormente se produjeron las distintas entradas, salidas y reconversiones en la gestión de la prevención de riesgos laborales. Más tarde se amplía su gestión a la cobertura de la incapacidad temporal de los tra-

bajadores autónomos que se incorporan, por utilizar un eufemismo, como empresarios y trabajadores al mismo tiempo en asociaciones de empresarios que actúan de forma mancomunada. Finalmente, fueron incorporadas a la gestión de las contingencias de riesgo durante el embarazo y durante la lactancia y por último, les ha sido asignada la gestión de la nueva contingencia de “cese en la actividad “de los trabajadores autónomos, esto es, el desempleo. Como decía, es difícil poner un marco a este nuevo lienzo o más bien a este puzzle.

Es evidente y así hay que reconocerlo, que cada uno de los cambios producidos ha constituido todo un reto para las Mutuas, que han tenido que afrontar espacios de gestión novedosos, lo que significa formación, recursos, nuevos instrumentos de gestión, personal de todo tipo..., con resultados razonablemente satisfactorios.

En su espacio clásico de actuación e incluso ampliado, pero dentro de sus márgenes, las Mutuas tienen un alto nivel de hegemonía e incluso de exclusividad en la gestión, algunos datos ilustrativos serían los siguientes:

Las empresas asociadas a las Mutuas en contingencias profesionales ascienden en diciembre del 2010 a 1.503.303 y el número de trabajadores cubiertos asciende a 13.426.232. La cuota de mercado de las Mutuas en contingencias profesionales, medida por la afiliación de empresas a las Mutuas, respecto al total del Sistema se sitúa en el 97,76% en Diciembre de 2010. Dicha cuota, medida por la afiliación de trabajadores, respecto al total del Sistema alcanza al 95,05%.

Respecto a las contingencias comunes, el número de empresas esta en 1.064.757 en Diciembre de 2010 y el de trabajadores protegidos por esta contingencia alcanza la cifra de 11.372.153. La cuota de mercado de las Mutuas en contingencias comunes, medida por la afiliación de empresas a las Mutuas, respecto al total del Sistema y referida a Diciembre del 2010 está en el 75,82%. Dicha cuota, medida por la afiliación de trabajadores, respecto al total del Sistema ha alcanzado 71,03%.

En cuanto a la cuota de mercado de las Mutuas en contingencias profesionales, medida por la afiliación al Régimen de Trabajadores Autónomos respecto al total del Sistema, se sitúa en el 84,57% en Diciembre de 2010. El total de trabajadores afiliados por esta contingencia alcanza a 479.123.

En el caso de la afiliación por contingencias comunes de los Trabajadores Autónomos, el número de afiliados se sitúa en 2.264.565 a Diciembre de 2010, alcanzando la cuota de mercado en el 73,80% respecto al total del Sistema (los datos han sido tomados de la web: http://www.amat.es/ms_que_son_mutuas_acc_trabajo.php).

En las reflexiones que siguen me centrare pre-

cisamente en la contingencia de incapacidad temporal, donde como hemos visto las Mutuas constituyen una pieza fundamental en la estructura de aseguramiento y gestión.

2. LA ORDENACIÓN JURÍDICA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La problemática que afecta a la ordenación, gestión y control de la incapacidad temporal, es compleja en sí misma y exige clarificar los condicionamientos sociales y jurídicos sobre los que opera, con la finalidad de fijar el rumbo de las posibles reformas futuras o, al menos, evidenciar algunos de los elementos que proporcionan la complejidad anunciada. Con todo, se trata de una cuestión nuclear en la ordenación de la incapacidad temporal, que afecta a todos los intervinientes, a saber: Servicio Público de Salud, Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Instituto Social de la Marina, empresario y trabajador, así como, en ocasiones, al Servicio Público de Empleo Estatal. Singularidad ésta que al ser exclusiva de la incapacidad temporal, anuncia por sí misma su complejidad.

En los últimos veinte años – desde 1992- la incapacidad temporal ha sido el centro de atención del legislador, realizando reformas continuas -y no siempre debidamente maduras- con la finalidad de construir un nuevo modelo de gestión y control, que permita recomponer el papel que deben asumir las entidades intervinientes en el proceso, reconducir su utilización –no siempre ortodoxa- y situar el gasto en parámetros de racionalidad.

No es nuevo decir que la incapacidad temporal, al igual que otras contingencias de la seguridad social, tiene una ordenación sumamente

compleja, caótica y desordenada, que dificulta su comprensión y aplicación, situándonos en un espacio de inseguridad jurídica difícilmente justificable.

Las viejas y nunca pacíficas contingencias de incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional, fueron reformadas por la Ley 42/1994, de 27 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, que procedió a la redenominación de la contingencia – incapacidad temporal- y a reformar parcialmente su régimen jurídico, suprimiendo formalmente la invalidez provisional. A la referida reforma habría que añadir otras anteriores (por ejemplo, la efectuada en materia de cuantía de la prestación y responsables del pago por la Ley 42/1992, de 24-XI, cuya constitucionalidad fue declarada por STCO 34/1994, de 10 –II) y posteriores ,por ejemplo, la efectuada en materia de extinción de la prestación económica por las Leyes 66/1997, de 30 de diciembre y 24/2001, de 27 de diciembre, así como por el RDL 6/2000, de 23 de junio. Junto a ellas, las más recientes incorporadas por la Ley 30/2005, de 29 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social que rectifica parcialmente las reformas del 2006, las recogidas en la disposición final tercera de la Ley 26/2009, de 24 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010 y, finalmente, las incorporadas a la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Las reformas referidas, aunque importantes, no son las únicas, todavía habría que añadir otras múltiples reformas directas de alcance reglamentario y otras indirectas que proceden de la reforma de otras contingencias, de materias e instituciones que son comunes al Sistema, o finalmente, de

normas procedentes de otras parcelas del ordenamiento, singularmente del Estatuto de los Trabajadores.

Toda esta complejidad normativa se ha producido manteniéndose la ordenación reglamentaria procedente del desarrollo de la Ley de Seguridad Social de 1966 (singularmente el D. 3158/1966, de 23 –XII y la O. 13-X-1967, que han encajado múltiples reformas) que convive con todo un elenco de normas reglamentarias posteriores de distinta procedencia y alcance (desde el D. 1646/1972, de 23-VI, pasando por el RD 53/1980, de 11-I, hasta los más recientes sobre gestión y control, el RD 575/1997, de 18-IV, modificado por el RD 1117/1998, de 5 –VI y el RD 430/2009, de 1-IX, de desarrollo reglamentario de la Ley 40/2007), incluida la aplicación de las modernas tecnologías para la presentación en soporte informático de los partes médicos (O Tas/399/2004, de 12-II). Sobre esta anacrónica y compleja estructura normativa, han impactado reformas procedentes de la incapacidad permanente, la maternidad, el riesgo durante el embarazo, la jubilación parcial, el desempleo..., lo que dificulta su comprensión. Finalmente, algunas de las reformas producidas, singularmente las que han afectado a la LGSS, no han tenido desarrollo reglamentario, dejando vacíos normativos que se resuelven por circulares internas de las entidades gestoras o por decisiones jurisprudenciales no siempre afortunadas.

La ordenación descrita no sólo alcanza al régimen general, sino también a los especiales, cuya normativa está anclada en la historia y que en gran medida remiten a la ordenación del régimen general, sin perjuicio de reformas que incorporan novedades y extensiones de la protección (por ejemplo, el régimen de au-

tónomos), remitiéndose para ello al régimen general, esto es, al caos normativo, donde sus titulares -los trabajadores por cuenta propia- no tienen presencia.

En esta contingencia, como en las restantes que integran el Sistema, es inaplazable y urgente la elaboración de un reglamento general de prestaciones económicas que ofrezca una ordenación modernizada, unitaria, armonizada, coherente y sistemática.

Otra de las asignaturas pendientes es la coordinación entre contingencias, que adquiere especial significación en la incapacidad temporal. En efecto, se trata de una materia minimizada en la vieja ordenación del conjunto de contingencias, cuando no inexistente, y sin embargo, su escenografía es de extremada complejidad. En este orden, la incapacidad temporal es el mejor ejemplo para poner de manifiesto que el conjunto de contingencias que integran el Sistema no constituyen espacios cerrados y yuxtapuestos, sino espacios abiertos e interrelacionados entre sí. Así, la incapacidad temporal puede producirse durante la situación de desempleo, tanto en su nivel contributivo como asistencial, durante los periodos de descanso por maternidad y en las licencias parentales, así con en el permiso de paternidad, durante la situación de riesgo durante el embarazo...., el beneficiario puede ser un pensionista de invalidez, en sus distintos grados, de viudedad, de orfandad, de jubilación parcial,... puede estar en situación de pluriempleo o pluriactividad. En pocas ocasiones, salvo en las reformas más recientes, por ejemplo en materia de maternidad, nos encontramos con reglas que coordinen los supuestos referidos y, cuando lo hacen, la variada finalidad de la norma, minusvalora o entorpece la coordinación, baste como ejemplo el inacabado artículo 222 de la LGS, que

pretende coordinar las situaciones de incapacidad temporal, maternidad y paternidad con el desempleo, cuya línea de reforma es constante, lo fue por la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, lo ha sido por Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y en la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social.

3. GASTO VERSUS CONTROL: UN BINOMIO COMPLEJO E INCOMPLETO.

El constante y alarmante incremento del gasto en incapacidad temporal ha propiciado que las principales reformas de los últimos años se hayan centrado casi en exclusividad sobre la ordenación de los mecanismos de control, bajo la hipótesis de que un mayor control conducirá a una reducción del gasto. No obstante, las primeras reformas no se plantearon la problemática existente en forma sosegada y reflexiva, sino más bien conducidas por la obsesión razonable del gasto y la idea de que el fin justifica cualquier medio. En este orden, el aluvión normativo, producido entre el año 1997 y el año 2010, buscó la reordenación de los mecanismos de control con la finalidad de alcanzar el resultado económico deseado.

No hay que olvidar, sin embargo que al analizar los datos de crecimiento del gasto es necesario considerar la influencia de factores externos que influyen cuantitativamente en el gasto como son la evolución del número de afiliados y la evolución de los salarios de los que dependen las bases de cotización de los trabajadores. Con todo y teniendo en cuenta tales magnitudes, el gasto en incapacidad temporal sigue siendo elevado.

No obstante, si globalizamos el gasto en incapacidad temporal, a los datos referidos habría que añadir el impacto económico que supone para el empresario y referido a las siguientes materias: el coste de los días cuarto a decimoquinto de la baja, el mantenimiento de la obligación de cotizar, los gastos de sustitución del trabajador, las mejoras pactadas en los convenios colectivos, los gastos para ejercitar el control..., en fin, un volumen de gasto nada despreciable, que normalmente se silencia cuando la referencia se hace al “gasto público”.

Igualmente y en los términos globales referidos, habría que añadir el montante nada despreciable de los Fondos destinados al ahorro en incapacidad temporal con los que se financian los acuerdos de colaboración – y otras fórmulas- con las Comunidades Autónomas, sí como, los gastos de personal, estructura y funcionamiento de los equipos médicos creados en las entidades gestoras para el control de la incapacidad temporal, y los gastos derivados del incremento de los Equipos de valoración de incapacidades para responder a sus nuevas y crecientes competencias. Estos serían algunos de los factores que han implicado incrementos de gasto y que han sido creados o incrementados en el desarrollo de las políticas que pretendían y han conseguido una retención del gasto en incapacidad temporal. Queda ahora por determinar su proporcionalidad y equilibrio.

La construcción del binomio control-gasto hace referencia a una problemática extensa y variada. En efecto, cuando para reducir el gasto apostamos por un mayor control, estamos poniendo de manifiesto varias cuestiones, por un lado, que el controlador no ejerce satisfactoriamente su función y, por otro, que el controlado utiliza el instituto de forma no siempre correcta.

4.- LA INCAPACIDAD TEMPORAL COMO “REFUGIO PROTEGIDO”: UNA APROXIMACIÓN A SU CAUSÍSTICA Y A LOS SUJETOS IMPLICADOS.

Al margen de eufemismos, es frecuente imputar a los trabajadores del uso incorrecto de la incapacidad temporal, en el sentido de que es utilizada o mantenida temporalmente, al margen del efecto incapacitante que la caracteriza. La imputación no es nueva, más bien es consustancial a la contingencia misma y de ella hemos hecho un tópico que incluso constituye guía y razón de las reformas legislativas. No obstante, sería conveniente dar un paso más y preguntarse, cuáles pueden ser las causas de la utilización presuntamente indebida del instituto y cuáles podrían ser las soluciones. En este orden, no solo debemos valorar el importante impacto económico que tiene sobre el sistema público de protección social y sobre las empresas, sino también, y así se ha reconocido, los importantes impactos colaterales. En efecto, el absentismo causado por la incapacidad temporal, tiene importantes repercusiones que afectan a la productividad y competitividad de las empresas, a los espacios organizativos, a la gestión de personal... Todo ello es suficiente para plantearse soluciones que sobrepasen los espacios de control.

Sin perjuicio de los posibles episodios fraudulentos, lo cierto es que la incapacidad temporal constituye una especie de “refugio protegido” para los trabajadores, al que intentan acudir para dar respuesta a un sin fin de problemas que carecen de cauces adecuados en la ordenación de la relación laboral. En efecto, circunstancias personales, familiares, laborales..., que exigen disponer de un tiempo para su resolución o encauzamiento, carecen normalmente

del cauce adecuado. Basta con traer a colación la parquedad de permisos regulados en el artículo 37 del Estatuto de los Trabajadores. Las circunstancias descritas conducen, posiblemente, a que los trabajadores busquen el tiempo necesario en institutos impropios que sin embargo, le ofrecen “cuartada”, “protección económica”, protección jurídica”, “confidencialidad”...

Igualmente, la incapacidad temporal se ha convertido en un instrumento de respuesta ante los vicios del mercado laboral. En efecto, la incapacidad temporal se utiliza para mitigar los efectos de la temporalidad y de la rotación, para cubrir la ausencia de protección por desempleo o para complementar el tiempo acreditado de protección, ante las dificultades de encontrar empleo. No debemos olvidar la función social impropia que cumple el instituto, cuyo lugar de imputación se encuentra en el uso y abuso de la contratación temporal, poniendo al trabajador en una situación límite que justifica socialmente la búsqueda de espacios de protección.

Todavía existen otros espacios de imputación, como pueden ser las actividades económicas de carácter estacional (pesca, agricultura, hostelería...) con impacto desigual entre las distintas Comunidades Autónomas, donde la incapacidad temporal actúa como remedio para paliar las situaciones de carencia de rentas.

También la utilización de la incapacidad temporal adquiere niveles relevantes en regímenes especiales donde no existe la protección por desempleo. Nuevamente la contingencia cumple funciones que son impropias.

Finalmente, los propios elementos estructurales de ordenación de la incapacidad temporal

influyen en una posible utilización indebida de la misma. Así habría que hacer referencia la inmediatez y practica automaticidad en el reconocimiento de la prestación y su abono, que implica un tránsito sin solución de continuidad de la situación de activo a la situación e baja subsidiada. Cómo no resaltar la complejidad de su gestión en función de la pluralidad de entidades intervinientes, así como la dependencia de un diagnostico médico no siempre conocido y en ocasiones difícilmente objetivable y sometido a la realización de pruebas de diagnostico desplazadas en el tiempo. Por último, también adquiere relevancia el impacto sobre el salario en muchos casos – y en ocasiones en sectores productivos completos- compensado por las mejoras pactadas en los convenios colectivos a cargo el empresario.

Todo lo anterior, sin perjuicio de los espacios de fraude en sentido más grotesco, evidencia que la defectuosa utilización de la contingencia puede imputarse a actos, bien directamente realizados por el trabajador, bien con la colaboración interesada o la imposición del empresario (utilización de la incapacidad temporal de los trabajadores para cubrir periodos de baja actividad económica, o simplemente para reducir costes laborales), bien para afrontar regulaciones de empleo y despidos pactados.

Las situaciones descritas constituyen tan sólo la punta del *iceberg* y su resolución no se consigue simplemente con medidas endurecedoras de los mecanismos de control. Sin duda, éstos podrán producir sus efectos, pero la existencia de la problemática de fondo continuará propiciando la búsqueda de soluciones impropias por parte de los afectados.

5.- EL PAPEL DE LAS MUTUAS EN LAS REFORMAS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

El objetivo último del largo proceso reformador ha sido convertir a las entidades gestoras (INSS e ISM) en el órgano hegemónico del control de la incapacidad temporal cualquiera que sea el riesgo originario, de carácter común o profesional. Por tanto las referidas entidades no gestionan la incapacidad temporal—salvo un pequeño porcentaje, como vimos-, tan solo ejercen funciones de control, en ocasiones en forma exclusiva -a partir de los 365 días de baja-, y en ocasiones en forma compartida con los Servicios Públicos de Salud y con la Mutuas – durante los primeros 363 días-, pero siempre de forma hegemónica.

En este proceso las Mutuas, principales gestores de la contingencia, han perdido protagonismo e independencia, singular y sorprendentemente en la aplicación de marco jurídico propio pero de carácter dependiente, bien porque sus resoluciones jurídicas pueden ser revisadas a instancia de parte por las entidades gestoras –determinación del riesgo originario, revisión del alta médica en los riesgos profesionales- bien porque tienen competencias incompletas – riesgos comunes- o finalmente porque sus competencias adquieren la forma de propuestas a la entidad gestora.

Cierto es que nuestro ordenamiento jurídico encomienda la gestión de la seguridad social a las entidades gestoras, con la aceptación de formulas de colaboración, entre las que se encuentran las Mutuas. De ello deriva y nadie lo ha puesto en duda nunca, la hegemonía de las entidades gestoras. No obstante, para que la gestión sea eficaz y eficiente debe tener una cierta dosis de autonomía, singularmente por-

que la gestión es algo más que gestionar y, por tanto, la intervención de terceros conlleva importantes efectos colaterales en todos los órdenes.

A esta compleja ordenación jurídica ha contribuido también el debate en sede judicial sobre las diferencias entre los distintos tipos de actos de gestión y su tipificación y efectos, en orden a identificar el órgano competente. Nunca es tarde cuando la dicha es buena, y si después de 50 años nos hemos dado cuenta que existen ciertos actos de gestión, que están reservados a las entidades gestoras que no gestionan, bienvenido sea el descubrimiento. No obstante el resultado final no es ni blanco ni negro, más bien medio pensionista en aras a no dificultar demasiado la gestión de quien gestiona, pero el río ya ha quedado revuelto y turbio.

Finalmente y sin perjuicio de que las entidades gestoras deben desarrollar el papel que legalmente tienen encomendado, no parece del todo oportuno que se constituyan en juez y parte, adquiriendo un grado de protagonismo hegemónico y de control que oscurece sus actuaciones, en términos de independencia jurídica y neutralidad. En este orden, es difícil presumir la neutralidad cuando la decisión tiene efectos económicos para quien resuelve.

Podría decir, como valoración general de proceso de reformas, que la finalidad es razonable, pero que las formulas utilizadas eran y son sustancialmente mejorables.

6.- LAS COMPETENCIAS DE LAS MUTUAS EN LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

Para identificar las competencias de las Mutuas

es necesario diferenciar las distintas fases del proceso de incapacidad temporal, singularizando el riesgo que origina la contingencia.

6.1 MECANISMOS DE CONTROL DURANTE LOS 365 DÍAS: SINGULAR REFERENCIA AL ALTA MÉDICA.

6.1.1 COMPETENCIAS DE LAS MUTUAS: LA PROPUESTA DE ALTA EN LAS CONTINGENCIAS COMUNES

De los posibles mecanismos de información-control, el más relevante y singular consiste en la posibilidad de requerir al trabajador incapacitado para someterle a los reconocimientos médicos necesarios a realizar por los servicios médicos de las entidades gestoras y de las Mutuas. Esta actuación puede ejercitarse a iniciativa propia o a petición del empresario. La singularidad está en que el acto de comprobación-control del proceso incapacitante se ejerce por quien carece de competencia (tanto el INS como la Mutua) en materia sanitaria respecto de los procesos derivados de riesgos comunes. Podríamos decir, que estos actos y otros de similar naturaleza, constituyen formas de colaboración que tienen como finalidad suministrar información adicional o complementaria a quien tiene la competencia inspectora, a saber, la Inspección Sanitaria del Servicio Público de Salud.

Los servicios médicos de las Mutuas pueden entender que el proceso incapacitante ha concluido, en el sentido de que *“el trabajador pudiera no estar impedido para el trabajo”*. La literalidad de la expresión puede incorporar dos supuestos distintos: uno, que el facultativo pudiera haber otorgado una baja incorrecta al carecer la alteración de la salud de efecto incapacitante, y otro, que pudiera existir un alargamiento innecesario del proceso de baja, al haber finalizado

el exigido carácter transitorio del mismo. En ambos supuestos los servicios médicos de las Mutuas podrán dirigir a la Inspección Sanitaria una *“propuesta de alta médica”* debidamente motivada. La motivación requerida, debe consistir en una calificación clínico-legal en términos similares a los exigidos como condicionante de la expedición del parte médico de baja.

Idéntico efecto, la propuesta de alta médica, está previsto para los supuestos en los que el trabajador en incapacidad temporal *“se niegue infundadamente a someterse a los reconocimientos médicos”*.

Producida la propuesta de alta, debe ser remitida a la Inspección, a fin de que ésta pueda remitirla al facultativo que expidió el parte de baja, quien deberá pronunciarse en el plazo de diez días, bien para confirmar la baja médica, bien para admitir la propuesta de alta. Sea cual sea la propuesta del facultativo (discrepancia, confirmación o silencio), la competencia decisoria reside en la Inspección que deberá pronunciarse en el plazo de quince días, comunicando la actuación realizada a la Mutua que hubiese formulado la propuesta de alta.

La falta de efectividad del procedimiento de la propuesta de alta (falta de contestación de la Inspección, contestación muy retrasada en el tiempo...) provocó una nueva reforma y un nuevo procedimiento de actuación, en este caso, reservado a las entidades gestoras de la seguridad social (INSS e ISM). La reforma vino de la mano de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, que incorporó un párrafo nuevo al artículo 131 bis.1 de la LGSS, en el sentido de que *“sin perjuicio de las competencias que corresponden a los servicios públicos de salud, los médicos adscritos al Instituto Na-*

cional de la Seguridad Social podrán expedir el correspondiente alta médica en los procesos de incapacidad temporal, a los exclusivos efectos de la prestación económica de la Seguridad Social, en los términos que reglamentariamente se establezcan”. La norma reglamentaria que estableció el procedimiento referido fue el Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio que modificó el Real Decreto 575/1997, que articuló la ordenación de la expedición de la denominada “alta condicional”, reservada a las entidades gestoras.

La falta de competencias de las Mutuas para expedir partes de “alta condicional” provocó que fueran sometidas a un procedimiento de actuación ciertamente lento y farragoso. En efecto, El Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, incorporó un artículo 6bis al Real Decreto 575/1997, con la finalidad de incorporar un nuevo cauce para aquellos supuestos en que la propuesta de alta no tuviera respuesta adecuada. Así, cuando la propuesta de alta formulada por la Mutua no fuese resulta en los plazos previstos, la Mutua podrá optar entre reiterar la propuesta de alta ante el Servicio Público de Salud, o plantear la iniciativa de alta ante los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social para que éste, tras los trámites oportunos, proceda a proponer a la Inspección médica el “alta condicional”, en los términos vistos. Finalmente, si la Mutua optara por reiterar la propuesta de alta y no obtuviera contestación, podrá solicitar el alta de los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Finalmente, la reforma operada por la Ley 35/2010, tendrá un impacto necesario en todo el procedimiento descrito. Así, las competencias asumidas por las entidades gestoras a partir de la reforma operada por la Ley 35/2010 (*Hasta*

el cumplimiento de la duración máxima de trescientos sesenta y cinco días de los procesos de incapacidad temporal del Sistema de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, y, en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos...” nueva Disposición adicional quincuagésima segunda de la LGSS) plantean la posibilidad de que las Mutuas puedan dirigir la “propuesta de alta médica” indistintamente al Servicio Público de Salud o a la entidad gestora correspondiente (INS o ISM).

El primer efecto anunciado se ha incorporado a la Resolución de 15 de noviembre de 2010, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, que determina con toda lógica, pero con norma de rango insuficiente, que “...desde la fecha de entrada en vigor de esta Resolución, no procederá que los facultativos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, comuniquen intenciones de alta médica o formulen propuestas de alta médica ante la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud”.

6.1.2 COMPETENCIAS DE LAS MUTUAS EN LOS PROCESOS DERIVADOS DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES DURANTE LOS PRIMEROS 365 DÍAS: LAS ALTAS MÉDICAS Y SU REVISIÓN POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Ninguna singularidad se plantea con la incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales. La necesaria conexión entre la prestación económica y la prestación de asistencia sanitaria, lleva a que el control de la prestación se realice en el ámbito de la pro-

pia Mutua, puesto que la Entidad no solo es la responsable de la prestación económica, sino también la que dispensa las prestaciones sanitarias en toda su extensión. Por ello, la expedición de los partes médicos, o los distintos informes médicos corresponde realizarlos a los servicios médicos de la propia Mutua.

Sin perjuicio de lo anterior y como vimos, la disposición adicional decimonovena de la Ley 40/2007, desarrollada por el RD 1430/2009, de 1-IX, regula el procedimiento administrativo de revisión por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social y a instancia del interesado, de las altas que expidan las entidades colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal. Igualmente se establece un procedimiento para determinar la contingencia originaria, en los supuestos en se sucedan altas y bajas médicas por contingencia profesional y común, referidas a la misma patología.

El procedimiento regulado en el RD citado, es complejo en la articulación de sus efectos, carece de legalidad en la ordenación en alguna de sus previsiones y, singularmente, pone fin a la tradicional autonomía de las Mutuas en la gestión de la incapacidad temporal por contingencias profesionales.

6.2 MECANISMOS DE CONTROL A PARTIR DE LOS 365 DÍAS: COMPETENCIA EXCLUSIVA DE LA ENTIDAD GESTORA.

6.2.1 DE LA COMPETENCIA PLENA A LA COMPETENCIA ROGADA EN LOS RIESGOS PROFESIONALES

Es en este espacio donde se produce la ruptura definitiva. En efecto, una vez agotados los 365 días de incapacidad temporal, las entidades gestoras asumen competencias plenas a partir

de la reforma operada la disposición adicional cuadragésima octava de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006 (LPE.06), que procede a dar nueva reacción a los artículos 128.1.a) y 131 bis de la LGSS.

En efecto, el nuevo artículo 128.1.a) establece que: *“Agotado el plazo de duración de 365 días previsto en el párrafo anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de 180 días más, o bien, para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien, para emitir el alta médica...”*

A pesar de la contundencia del precepto en el orden competencial, pronto se aparecieron salvedades.

La primera, basada en el carácter omnicomprensivo de la reforma. En efecto, la incorporación de la reforma en el entramado conceptual del artículo 128.1.a), otorga a la misma valor universal, esto es, afecta a todos los procesos de incapacidad temporal cualquiera que sea el riesgo originario. En razón a su ubicación, la reforma no tomo – ni pudo tomar – en consideración que la problemática latente no afectaba a los riesgos profesionales gestionados por las Mutuas y, sin embargo, la nueva ordenación impactaba sobre sus competencias. ¿Cómo solucionarlo?, fácil, mediante una Resolución cuya habilitación era ajena a la materia. En efecto, el número Dos de la disposición adicional cuadragésima octava de la LP.06 estableció que:

La Secretaría de Estado de la Seguridad Social, a propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y

mediante resolución publicada en el Boletín Oficial del Estado, determinará la fecha en que los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador, asumirán las competencias establecidas en el segundo párrafo del artículo 128.1.a) del texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social.

La referida Resolución es de 16 de enero de 2006 y fue publicada en el BOE de 24 de enero y vigente hoy en los temas que planteo. En ella se procede a resolver el impacto de la reforma sobre las competencias de las Mutuas en los siguientes términos:

Cuando la cobertura de la incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales se hubiera concertado con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, la mutua correspondiente efectuará ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social o ante el Instituto Social de la Marina, según corresponda, propuesta de actuación en alguno de los sentidos indicados en el párrafo anterior, debiendo entenderse aceptada dicha propuesta por la entidad gestora si esta no se manifiesta en contrario en el plazo de los cinco días siguientes al de su recepción.

La solución es deficiente en sí misma. Por un lado y como es evidente, la Resolución no es el instrumento adecuado, ni tenía competencia para realizar tal ordenación sustantiva, lo que plantea un cierto conflicto entre una ordenación general realizada sobre la LGSS, con una ordenación específica de competencias establecida en el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, y una subordinación de competencias establecida en una Resolución. Por otro, la solución de urgencia olvida que conforme a la normativa aplicable la Mutua no necesita la nueva estructura competencial, ya que la tenía reconocida en todos sus extremos con carácter previo, en la medida en que la Mutua presta

tanto la asistencia sanitaria como la prestación económica, por tanto podía (sin reforma), reconocer la prórroga, iniciar un expediente de invalidez o expedir el correspondiente parte de alta. La nueva ordenación resuelve la situación mediante una fórmula ecléctica, que consiste en la exigencia de que **la Mutua proponga** la actuación que pretende tomar y que, en su caso será convalidada por el "silencio" de la entidad gestora.

6.2.2 LA IMPUGNACIÓN DEL ALTA MÉDICA EXPEDIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA AUSENCIA DE LAS MUTUAS

Como es sabido, en aquellos supuesto en que, una vez agotados los 365 días de incapacidad temporal, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, proceda a la emisión del alta médica, el trabajador podrá en el plazo de cuatro días naturales, manifestar su disconformidad ante la Inspección Médica del Servicio Público de Salud.

Sin perjuicio de otras valoraciones, carece de explicación la ausencia de las Mutuas en el procedimiento habilitado para la resolución de la disparidad de criterios médicos. En los supuestos en que la entidad elegida por el empresario para la cobertura de la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral, fuera una Mutua de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, y, en todo caso, para los trabajadores autónomos, resulta injustificado no dar audiencia a la Mutua, que es la entidad que asume el pago de la prestación. La referida audiencia no supone una ampliación de los plazos, bastaría con que el trabajador comunique su discrepancia con la actuación

del Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Mutua y a la Inspección médica, teniendo ambas el plazo de siete días para pronunciarse al respecto. Dejar a la Mutua de mera “entidad pagadora” parece poco razonable.

7.- LA REVISIÓN POR LA ENTIDAD GESTORA (INSS O ISM) DE LAS ALTAS MÉDICAS EXPEDIDAS POR LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES: EL FIN DE LA AUTONOMÍA GESTORA DE LAS MUTUAS.

7.1 LAS PREVISIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS

Como ya vimos, la Ley 40/2007, se introdujo una disposición adicional decimonovena con el siguiente tenor:

“Reglamentariamente se regulará el procedimiento administrativo de revisión por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social y a instancia del trabajador, de las altas que expidan las entidades colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal”

La previsión contenida en el precepto referido y desarrollado por el RD 1430/2009, de 1 de septiembre, es posiblemente la reforma de mayor calado desde la reordenación de la incapacidad temporal y, lo es históricamente, desde la perspectiva organizativa y competencial.

La reforma vino a dar respuesta a una queja histórica sobre altas “indebidas”, “prematu- ras” o excesivamente “rigurosas” efectuadas por las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, únicos en los que tiene competencias para expedir los correspondientes partes de baja y de alta médica.

En este orden y en un sentido omnicompre- sivo, la finalidad de la reforma es múltiple y su impacto de gran calado y alcance. Veamos algunos de sus efectos:

- La nueva ordenación rompe con la in- dependencia histórica de las mutuas en los procesos derivados de contingencias profesionales, de tal forma que sus actua- ciones en esta materia dejan de ser inde- pendientes, para pasar a ser subordinadas, tanto en la calificación de la contingencia –común o profesional-, como en la exp- edición del alta médica en los procesos de contingencias profesionales que constitu- ye el termino final del proceso de incapa- cidad temporal.
- Al mismo tiempo, se da un paso más en la hegemonía de la entidad gestora y, por tanto, en la subordinación de las entidades colaboradoras. En esta materia, este es un paso decisivo, sin perjuicio de que no es el primero, ya hemos visto a lo largo de este trabajo, algunos precedentes dirigidos a constatar y fortalecer la hegemonía del INSS/ISM avalada por la jurisprudencia.
- De lo anterior derivan importantes reper- cusiones de todo orden, singularmente en la esfera económica, en la medida en que sus actuaciones en materia de calificación de la contingencia y de expedición de las altas médicas repercuten sobre un sinfín de elementos, así, el número de procesos asumidos, la duración de los procesos, la eficacia “interna” de los sistemas de con- trol, las estrategias de las Mutuas sobre los procesos de incapacidad temporal, el mantenimiento de la prestación...
- Igualmente y por primera vez, el INSS/ ISM asume competencias, aunque sean por vía de revisión de actos, a lo largo de

todo el proceso de incapacidad temporal por contingencias profesionales, y no solo a partir de los 365 días, que han sido los objetivos de las reformas del 2006 y del 2007.

- Finalmente, no debemos olvidar que la ordenación de la incapacidad temporal forma parte inseparable de la ordenación genérica de la incapacidad, de forma que las reformas en materia de incapacidad temporal impactaran o serán recepcionadas, con seguridad, por la incapacidad permanente.

No cabe duda que la reforma y sus precedentes constituyen un hecho histórico en la ordenación de la incapacidad temporal y su gestión por el INSS, el ISM y las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Queda por ver ahora cuáles son sus efectos en orden a la eficacia en la gestión y la defensa de los derechos de los beneficiarios.

7.2 LAS DIFERENTES CONSECUENCIAS DE LOS PROCEDIMIENTOS Y LA CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN COMO INDEBIDAMENTE PERCIBIDA: SOBRE LA LEGALIDAD DEL REGLAMENTO

Ya hemos visto, que existen dos procedimientos administrativos de impugnación o revisión o planteamiento de discrepancias referidos tanto al alta médica que determine la entidad gestora a partir de los 365 días del proceso de incapacidad temporal, como al alta médica emitida por la entidad colaboradora durante los primeros 365 días de los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales.

El efecto común y lógico de ambos procedimientos consiste en que los efectos del alta mé-

dica se suspenden, con el consiguiente mantenimiento de la percepción de la prestación de incapacidad temporal hasta su resolución. La lógica de la regla y su coherencia está en evitar la aplicación inmediata del alta médica, esto es, la incorporación del trabajador a su puesto de trabajo. Consecuencia derivada y obligada es el mantenimiento de la prestación económica, ya que si el alta no produce su efecto, el trabajador continúa en incapacidad temporal y, por tanto, es acreedor de la prestación.

El primer procedimiento regulado fue el de la disconformidad con el alta médica que determine la entidad gestora a partir de los 365 días del proceso de incapacidad temporal en los términos establecidos en el artículo 128.1.a) de la LGSS. En este procedimiento no se estableció ninguna repercusión en los supuestos en que el alta médica fuera confirmada, de tal forma que el trabajador hacia suyas las prestaciones percibidas durante la tramitación del procedimiento. El segundo procedimiento regulado ha sido, la impugnación del alta médica emitida por la entidad colaboradora durante los primeros 365 días de los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, en los términos fijados por el RD 1430/2009 en desarrollo de la previsión contenida en la disposición adicional decimovena de la Ley 40/2007.

La singularidad y diferencia de este segundo procedimiento consiste en que según establece el artículo 4.8 del RD 1430/2009, *“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”.

La regla es singular y única, salvo error, en la selva del ordenamiento de la seguridad de la seguridad social, carece de precedentes y penaliza el ejercicio del derecho que se reconoce.

Resulta evidente la justificación de la severa regla, a saber, evitar el abuso en las impugnaciones del alta médica conducentes a ampliar el tiempo de prestación. Posiblemente su origen esté en la experiencia tenida en los procesos de discrepancias ejercitados contra las altas emitidas por las entidades gestoras a partir de los 365 días.

Ninguna de las justificaciones apuntadas, adquieren relevancia jurídica, a mi juicio. La revisión del alta médica necesariamente implica la suspensión de sus efectos y ésta, como vimos, el mantenimiento de la prestación, sin ulteriores consecuencias.

Es claro que el establecimiento de un procedimiento de impugnación, revisión o planteamiento de discrepancias, no garantiza su utilización ortodoxa, en el sentido de que solo se utilizará cuando el trabajador tenga razón y la obtenga formalmente. Puede que el trabajador no tenga razón, puede que sus razones no sean suficientes, puede que aun teniendo razón no se la den, puede que la información disponible no sea suficiente....La sanción por no obtener el resultado “querido” por la norma, es inapropiada. El reconocimiento del derecho a la impugnación y la regulación del procedimiento oportuno deben efectuarse con todas sus consecuencias, las positivas que son muchas, y las negativas posibles.

Finalmente, la penalización impuesta al trabajador que no obtiene la anulación del alta mé-

dica, al margen de desproporcionada como veremos seguidamente, carece de base legal suficiente. La disposición adicional decimonovena de la Ley 40/2007 establece que “*reglamentariamente se regulará el procedimiento administrativo de revisión, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y a instancia del interesado, de las altas que expidan las entidades colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal*”. En efecto, la norma referida tan solo habilita para regular el procedimiento administrativo correspondiente y no para penalizar su utilización. Dicho de otra forma, la prestación de incapacidad temporal es ordenada y reconocida en la LGSS, de tal manera que para normar in peius lo reconocido en la Ley, el instrumento debe ser la Ley, como única garantía de que la “*reformatio in peius*” venga avalada por el necesario debate y aprobación parlamentaria, por tanto, ni siquiera cabe la delegación.

Como hemos visto, la delegación fija sus parámetros, como no podía ser de otra forma. Por un lado, refiere única y exclusivamente a la regulación de un procedimiento administrativo de revisión, por otro, acota el contenido material objeto de revisión, a saber, las altas médicas expedidas por las entidades colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal, y finalmente, reconoce la titularidad del derecho y determina la institución competente para conocer y resolver el procedimiento. Estos elementos son los que conforman la delegación y en ellos comienza y finaliza la misma.

A lo anterior habría que añadir los efectos sobre el contrato de trabajo. En efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 45. 1.c) del Estatuto de los Trabajadores, la incapacidad temporal es causa de suspensión del contrato de trabajo, quedando vinculado el espacio suspensivo a las reglas sobre nacimiento, duración y extin-

ción de la incapacidad temporal establecidas en la normativa de la seguridad social, singularmente en la LGSS. Por tanto, la coordinación de ambas instituciones, contrato de trabajo e incapacidad temporal, están reservadas a sus respectivas normas reguladoras con rango de Ley, la LGSS y el ET, sin que una norma reglamentaria pueda alterar sus contenidos.

De todo ello se deduce, que la previsión contenida en el artículo 4.8 del RD 1430/2009 carece de legalidad suficiente.

7.3 EFECTOS DE LA CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN COMO INDEBIDAMENTE PERCIBIDA.

En aquellos supuestos en que la Resolución de la entidad gestora (INSS o ISM) proceda a la confirmación del alta médica, declarando la extinción del proceso de incapacidad temporal en la fecha de la mencionada alta. Los efectos serían los siguientes:

- Se considerarán indebidamente percibidas las prestaciones económicas de la incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales, que se hubieran abonado al beneficiario a partir de la fecha del alta, que serán reclamadas al trabajador para su devolución.
- Se considerarán indebidamente percibidas las mejoras complementarias que, a cargo del empresario, se hubieran percibido por el trabajador a partir de la fecha del alta, dado que aquellas tan solo tienen virtualidad si existe prestación. El trabajador, por tanto, tendrá que devolver al empresario las cantidades percibidas.
- Si no existieron salarios ni prestación de incapacidad temporal, no existe obligación

de cotizar, por tanto, parece razonable que se devuelvan las cotizaciones.

- Como vemos, el efecto de la calificación tiene mayor alcance que el simplemente anunciado, con consecuencias desproporcionadas, que además el RD silencia, omitiendo por tanto los instrumentos procedimentales para su ejecución.

7.4 EL IMPACTO SOBRE EL CONTRATO DE TRABAJO

Como hemos visto, a tenor de lo establecido en el artículo 45. 1.c) del Estatuto de los Trabajadores, la incapacidad temporal es causa de suspensión del contrato de trabajo, quedando vinculado el espacio suspensivo a las reglas sobre nacimiento, duración y extinción de la incapacidad temporal establecidas en la normativa de la seguridad social, singularmente en la LGSS.

En este orden, el artículo 4.8 del RD 1430/2009, incorpora un efecto anómalo en las relaciones coordinadas entre el ET y la LGSS. En efecto, el alta médica expedida por la entidad colaboradora implica el fin de la incapacidad temporal y de la suspensión del contrato de trabajo, surgiendo la obligación del trabajador de incorporarse a su puesto de trabajo. Por su parte, la solicitud de revisión del alta médica provoca la suspensión de la misma, la reapertura del proceso de incapacidad temporal y la continuidad en la suspensión del contrato de trabajo. Finalmente, la resolución de la entidad gestora confirmadora del alta médica, provoca efectos retroactivos, en el sentido de declarar la extinción de la incapacidad temporal desde la fecha de expedición del alta médica, calificando la prestación como indebidamente percibida y exigiendo su devolución.

De esta ordenación se deduce que la suspensión del contrato de trabajo finalizó en la fecha del alta médica expedida por la entidad colaboradora, lo que implicaría la reincorporación del trabajador a su puesto de trabajo. El dislate es claro, se trata de una condición imposible en los términos del 1116 del CC, en la medida en que el trabajador *¡no puede incorporarse a trabajar con efectos retroactivos!*.

Parece claro, que el legislador se dejó llevar por la justificación de la medida buscando una utilización no abusiva del procedimiento de revisión, sin meditar sobre los múltiples y variados efectos de la técnica penalizadora. Todo ello, sin perjuicio de las dudas más que razonables sobre la legalidad de la norma reglamentaria en esta materia, sus efectos son, en unos casos, de una complejidad extrema, y en otros, de imposible cumplimiento.

Finalmente, el legislador suele olvidarse con cierta frecuencia de los efectos que las normas de seguridad social tienen sobre el contrato de trabajo, olvido que adquiere especial relevancia, cuando la norma laboral delega tácitamente su ordenación en las de seguridad social, como es el caso de la incapacidad temporal.

8.- A MODO DE REFLEXIÓN FINAL

En todas las reformas en esta materia adquiere relevancia una especie de confirmación, reiterativa y quizás desmedida, del protagonismo competencial de las entidades gestoras frente a todo y frente a todos. Los antecedentes históricos, la estructura organizativa de la seguridad social y los apoyos jurisprudenciales en ciertas materias competenciales, seguramente justifican el planteamiento. Sin embargo cabe la duda más que razonable, sobre su eficacia y

la proporcionalidad o equilibrio entre resultados obtenidos y gastos necesarios.

Asumir competencias significa al tiempo y en muchos casos, dismantelar, aminorar o subordinar competencias de otros, lo que no siempre equivale a racionalidad, eficacia, eficiencia y seguridad jurídica, sobre todo cuando las normas competenciales originales no se cambian. Es más que razonable el control sobre la actuación de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, pero no lo es tanto la forma –repárese, como hemos afirmado en innumerables ocasiones, que las mutuas desaparecen de los procedimientos a pesar de ser hegemónicas en la cobertura de las contingencias profesionales y mayoritarias en las contingencias comunes, como también hemos visto-, como su defectuosa ordenación, y seguramente, en sus implicaciones económicas.

Igualmente, surge el temor de que la hegemonía de la entidad gestora y los márgenes de decisión reservados a los directores provinciales (recuérdese que el conflicto y la correspondiente calificación es de carácter médico-legal y sin embargo, los equipos de evaluación de incapacidades –que es donde están los especialistas- actúan con carácter preceptivo pero no decisorio), deriven o se vean influidos por políticas de objetivos en materia de gastos, lo que minimizaría los efectos de las reformas.

Finalmente y sin perjuicio de la posible saturación de los equipos de valoración de incapacidades (o su crecimiento desproporcionado, que también afecta al gasto) en función de sus múltiples competencias, singularmente en materia de incapacidad permanente, es de resaltar que no se trata de un órgano neutral lo que convierte a la entidad gestora, como ya he

apuntado en alguna ocasión, en juez y parte del proceso, con las “sospechas” que esto produce en el orden de la seguridad jurídica, así como a la relevancia de las decisiones de las entidades gestoras, carentes de neutralidad, en el orden jurisdiccional.

Por último, la problemática analizada (la incapacidad temporal) y la no analizada (prevención de riesgos laborales) anuncian un escenario complejo para la nueva misión de las Mutuas en la gestión del desempleo de los trabajadores autónomos, ahora quizás con el Servicio Público de Empleo. El tiempo lo dirá, aunque curiosamente la Ley 32/2010, de 5 de agosto, da un tratamiento a las Mutuas que minimiza todas las imputaciones efectuadas en su condición de entidad colaboradora, hasta el punto de que debemos preguntarnos, sí realmente siguen teniendo tal consideración.

Adumbrator. Der Keiffer.

PHæbus imaginib. quæd ad aucta volumina pul-
Conspicit, egregios & tot ubiq; libros. (Chris
Hæc meritò nostris accepta laboribus olim,
Posteritas calamo grata dabitq; meo.



Quicquid enim leui super assere pingimus, illud
Officio sculptor debet, opiq; meæ.
Quicquid & effectum memorabile pace, vel armis
Phæbus in Oceano spectat utroq; geri.
Dulcibus illustrat manus ingeniosa figuris,
Blanda quibus cernens lumina pascat homo.
C Sculptor



Este documento es un PDF ecológico. Pensemos antes de imprimir.

Un documento digital permite su lectura sin que su impresión sea necesaria. Si evitamos la impresión de documentos y el uso innecesario de papel el medio ambiente se beneficiará de manera directa. Usemos documentos ecológicos. Salvar bosques está en nuestras manos; así que antes de imprimir HAY QUE PENSAR si es necesario hacerlo. COLABORAR es fácil.

Fraternidad Muprespa apoya el movimiento del 2011 Año Internacional de los Bosques.



**AÑO INTERNACIONAL
DE LOS BOSQUES • 2011**