

La Incapacidad Temporal

Perspectiva sindical

Blanca Villate García,
Toni Tua Molina
y Jesús García Jiménez

CONSIDERACIONES PREVIAS

La Incapacidad Temporal es el término legal por el que aludimos a la situación de necesidad en la que se encuentra un trabajador cuando por enfermedad o perturbación de la salud se encuentra inhabilitado temporalmente para el desempeño de su actividad laboral, así como a la protección que en estas circunstancias le dispensa nuestro régimen público de Seguridad Social.

Esta protección incluye la prescripción de reposo en el desempeño de la actividad laboral, con la suspensión de la obligación de prestar trabajo, la asistencia médica y clínica necesaria para su restablecimiento y la cobertura económica imprescindible que viene a paliar la ausencia de retribuciones en esas circunstancias.

El derecho a la protección de la salud, establecido en el artículo 43 de la Constitución Española, ha sido objeto de regulación legal mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece como elementos centrales la **universalidad** (art. 1.1, “Son titulares del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”) y la **equidad** (art. 3.2, “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”) y la **libertad en la elección del médico** (art. 10.13, “A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley...”), y este último precepto ha sido desarrollado mediante el Real Decreto

1575/1993, de 1 de septiembre, que en su artículo 5 establece que “La elección de médico general y pediatra podrá realizarse en cualquier momento y sin necesidad de justificación, pudiendo, previamente, solicitarse entrevista con el facultativo”¹.

La Incapacidad Temporal tiene apellido, y éste debe ser el adecuado: contingencia común o contingencia profesional (accidente de trabajo o enfermedad profesional). Es objetivo sindical garantizar la cobertura del trabajador (trabajadora) que se siente impedido para el trabajo; cobertura como derecho universal y en sus dos vertientes: la prestación sanitaria y la económica; y con independencia de que el origen de la dolencia sea profesional o no.

En la Ley General de Sanidad (art. 46) se regula la estructura del sistema sanitario público y se establecen las siguientes características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

1. La extensión a toda la población.
2. La organización tiene que realizarse para garantizar una atención integral de la salud, tanto en la promoción de la salud como en relación con la prevención. En este sentido, hay que remarcar que las Mutuas no tienen ningún mecanismo previsto para garantizar la promoción de la salud por contingencias comunes.
3. La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un único dispositivo. En sentido contrario, la gestión de la ITCC por parte de las mutuas provoca una desintegración del sistema, en referencia al sector de la población sobre el que puede actuar la mutua, las personas laboralmente activas.
4. La prestación de una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad, debidamente evaluados y controlados. En referencia a las mutuas, no tienen impuesto legalmente ningún control de la calidad del servicio asistencial, ni de acreditación para las subcontratas a clínicas privadas que, normalmente, utilizan para dar asistencia sanitaria especializada.

Los problemas relacionados con las prestaciones, orientadas a cubrir situaciones de necesidad, derivadas de procesos de incapacidad temporal son de difícil solución y requieren la intervención de todos los agentes afectados; la transferencia de las competencias en materia sanitaria sin la necesaria coordinación de funciones y responsabilidades entre el Sistema Público de Salud y el Instituto Nacional de la Seguridad Social ha dificultado el control y la solución de los problemas. Se hace necesario definir y homogeneizar los criterios de actuación de los médicos de atención primaria y de las Inspecciones médicas (tanto del SPS como del INSS) con los apoyos necesarios en su caso de las Unidades de Salud Laboral donde están constituidas y son operativas, así como impulsar su desarrollo en todas las provincias donde todavía no funcionan. Se hace necesario el equilibrio entre la defensa del derecho del trabajador a percibir la prestación de la IT cuando su salud le impide desempeñar su trabajo y el control del gasto en la prestación.

¹ Este precepto queda vulnerado en la gestión económica de la ITCC, por parte de las Mutuas, ya que el paciente no tiene oportunidad de escoger ni la Mutua ni el médi-

co que desee. De hecho, es la imposición de una tercera opinión médica, que el paciente no ha solicitado.

Por otra parte, el uso correcto de la prestación derivada de la incapacidad temporal es responsabilidad de todos, especialmente de los poderes públicos y del beneficiario. La importancia de la necesidad social a la que obedece la IT hace que CCOO también se sienta implicada en su defensa y considere recriminable el abuso de la misma. La existencia de problemas sociales no resueltos no pueden servirnos para justificar la utilización de las prestaciones económicas de Incapacidad Temporal como refugio, hacerlo no soluciona las carencias existentes y debilita la defensa del Sistema Público. Ante carencias de cobertura la solución debe alcanzarse desde la reivindicación y la propuesta sociales. Si hay abusos en la percepción de la prestación debe abordarse con precisión, sin perder la protección para todo el colectivo, como ha sucedido con la absorción de las prestaciones de desempleo cuando estando de baja se extingue la relación laboral.

Ahora bien, las sucesivas, numerosas y parciales reformas que, tanto a nivel legal como reglamentario, se han introducido en materia de Incapacidad Temporal desde el año 1994, sin caminar hacia el equilibrio del derecho y su buen uso, han transcurrido paralelas a las relativas a la reordenación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional y a la ampliación de su ámbito de “colaboración” en la gestión de la Seguridad Social.

CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. EL PAPEL DE LAS MUTUAS

Para entender el tipo de colaboración que las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales hacen en esta contingencia hay que acudir, en primer lugar, a la causa que la origina: El Real Decreto 575/1997 por el que se regulan determinados aspectos de la Gestión y el Control de la Prestación Económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal (BOE 24/04/097), se inscribe, en el programa del Gobierno de lucha contra el uso indebido de la protección social y el fraude, “lucha que si siempre debe ser objeto de una actuación decidida de las Administraciones públicas, lo es más cuando ese fraude afecta a la protección social, detrayéndose, de esta forma, recursos públicos que la sociedad, a través de sus legítimos representantes, previó para unas finalidades específicas de protección y de cobertura de situaciones de necesidad”.

Siempre al amparo de una hipotética lucha contra el fraude, todas las modificaciones han ido dirigidas a potenciar el papel de las Mutuas, a las que se dota paulatinamente de más competencias en la gestión de la Incapacidad Temporal, argumentando una eficiencia demostrada en la gestión de las contingencias laborales.

CCOO nunca ha participado de ese criterio porque, entre otras razones, ni lo comparte ni considera que se adapte a la configuración constitucional de nuestro sistema público de protección social una regulación que trasvase a “asociaciones privadas de empresarios” la gestión de una de las prestaciones básicas que conforman la identidad de la Seguridad Social en nuestra sociedad y sin la cual el modelo no sería

reconocible por la ciudadanía. Por otro lado, ni la lógica ni los datos sobre población protegida y gasto amparan necesidad alguna de conectar la persecución del fraude con el incremento del papel controlador de las Mutuas. Los datos agregados disponibles, además, y tanto en términos absolutos como en relación a nuestro contexto europeo, no apuntan un aumento desmesurado del gasto, con independencia de que podamos compartir la necesidad de mejorar constantemente la gestión de cualquier prestación pública.

A pesar de las múltiples solicitudes realizadas por la Confederación Sindical de CC.OO. no ha sido posible disponer de una información detallada sobre la distribución del gasto por incapacidad temporal (ramas de actividad, territorios, duración de procesos, etc...) como suma de los pagos del INSS y las Mutuas de Accidente de Trabajo. Lo único que conocemos es una aseveración genérica sobre “lo disparado que está el gasto”. Con el paso del tiempo hemos llegado a la conclusión de que no hay ningún organismo que tenga esa información clave y que se está utilizando de manera profundamente interesada una aseveración no comprobada. En este sentido son interesantes las conclusiones a las que llega el CES de Catalunya en su trabajo sobre “La Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en Catalunya” de finales del pasado año, que reproducimos en este número.

Por otro lado ha quedado demostrado que la gestión de la prestación económica de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes por parte de las MATEPSS no ha alcanzado el grado de eficiencia que se les presumía en comparación con el INSS. Efectivamente, los niveles de excedentes alcanzados en el control económico de estas prestaciones, de entre el 15 y el 25% durante los primeros años de gestión en manos de las Mutuas (96-98) fueron claramente debidos a la “selección de empresas” por parte de las mismas, centrando su oferta de “control del absentismo” hacia aquellas empresas que ya venían produciendo excedentes siendo gestionadas por el INSS.

Cuando el porcentaje de empresas que han optado por una Mutua para la gestión de la prestación económica de la ITCC ha superado el 50%, se ha hecho patente el déficit a tal punto de forzar al Ministerio de Trabajo a incrementar el porcentaje de cuota que ingresa Seguridad Social a favor de las Mutuas para esta gestión, aumentando considerablemente el volumen de recursos públicos hacia estas asociaciones privadas de empresarios. Hoy día la selección de empresas (contra norma) por parte de algunas Mutuas ha cambiado de signo, siendo significativo el volumen de empresas que siendo “deficitarias” para las Mutuas deciden “libremente” devolver la competencia del control de la prestación económica por ITCC al INSS.

Desde CC.OO informamos a nuestros Delegados y Delegadas de que:

1. La colaboración de las Mutuas se limita a la gestión de la prestación económica derivada de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes; dicha prestación corre a cargo del Sistema Público de Seguridad Social a partir del 16º día de baja (del primero al cuarto a cargo del trabajador, del cuarto al 15º a cargo del empresario); por ello las revisiones del estado de salud del trabajador/a a realizar por parte de las Mutuas deben hacerse en el periodo de la IT a cargo del Sistema de Seguridad Social y nunca antes. La práctica actual de Mutuas de citar o llamar

al trabajador accidentado o enfermo antes del 15º de baja, además de ir en contra de la norma, responde desde nuestro punto de vista a una actitud de presión y coacción sobre el trabajador enfermo.

2. Más que reconocimientos médicos se trata de verificaciones del estado de salud del trabajador/a para proponer, o no, el alta correspondiente. La restitución del estado de salud del enfermo/a no es el objetivo de esta colaboración.

3. La consecuencia de la negativa injustificada por parte del trabajador a acudir a la cita a reconocimiento realizada por la Mutua a partir del 16º día queda recogido en la modificación del art. 131 bis de la LGSS por la Ley 24/2001, de 27 de diciembre (BOE 31/12/2001) de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social: *“El derecho al subsidio se extinguirá por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad social o la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social;”*

Aquí surgen varias cuestiones: para que exista incomparecencia debe haber una citación previa por parte de la Mutua con prueba documental que la acredite. Nada se dice, además, sobre qué se entenderá como incomparecencia “justificada”. Parece lógico pensar que la justificación debe venir por la incapacidad física del trabajador de asistir al reconocimiento y ésta sólo puede venir apoyada por el criterio cualificado de un médico (con la emisión del justificante médico correspondiente).

4. Propuesta de acto médico en contingencias comunes. El artículo 82 del Real Decreto 1993/1995, por el que se aprueba el Reglamento sobre Colaboración de las MATEPSS, establece los requisitos para la actuación sanitaria de las Mutuas en contingencias comunes:

Artículo 82. Actuaciones sanitarias de urgencia de las Mutuas.

“Cuando, transcurridos más de quince días a partir de la baja en el trabajo, la situación de incapacidad se prolongase a consecuencia de la demora en la práctica de las pruebas diagnósticas o en la aplicación de tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos por el Servicio de Salud correspondiente, los servicios médicos de las Mutuas podrán llevar a cabo dichas pruebas o tratamientos, previo consentimiento informado del trabajador y con la conformidad de la autoridad sanitaria del Servicio de Salud correspondiente, una vez comprobada la adecuación y calidad de los mismos y en los términos y condiciones que se establezcan en los acuerdos y convenios a que se refiere el artículo 83.2”.

Estos requisitos por lo tanto son:

- El acto médico debe ser prescrito por el Servicio de Salud correspondiente.
- Existencia de lista de espera en el Sistema Público.
- Actuación sanitaria a partir del 16º día.
- Consentimiento informado del trabajador o trabajadora.
- Conformidad de la autoridad sanitaria del Servicio de Salud.

LA I.T. Y LA DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA

Cuando el estado de salud de un trabajador no le permite realizar su trabajo nos encontramos ante una situación de Incapacidad Temporal, bien original o como consecuencia de una recaída de una incapacidad anterior.

La obviedad de esta afirmación, sin embargo, esconde una realidad compleja: los efectos de la determinación de la contingencia como común o profesional tanto sobre el sistema de seguridad social, desde el punto de vista de prestación (económica, sanitaria y rehabilitadora), como sobre la optimización de las medidas preventivas a aplicar. Es esta la razón que justifica la necesidad de que la determinación de la contingencia sea correcta, de tal manera que:

a) La entidad prestadora de la asistencia sanitaria sea la competente para ello: Sistema Público de Salud o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social, evitándose así la transferencia implícita de recursos del Sistema Público hacia el Sistema de Mutuas, tanto en el origen de la incapacidad como en el caso de las recaídas.

b) Ante la determinación de una contingencia como profesional:

- El pago de la prestación económica sea la legalmente establecida al efecto y hecha efectiva (bien por pago directo o delegado) por la Mutua o el INSS.
- Se ha de generar (en su caso) el correspondiente parte de accidente de trabajo con la correspondiente calificación (leve, grave y muy grave), ubicando en la dimensión adecuada la siniestralidad laboral de cada empresa, evitando el fraude de subdeclaración de accidentes.
- Las medidas preventivas han de basarse en los datos previos de siniestralidad real con causa en el desarrollo de la actividad productiva. Es un elemento esencial para garantizar la eficacia de dichas medidas.

Por todo lo anterior la determinación de la contingencia tiene importantes repercusiones médico-asistenciales, económicas y socio-laborales tanto para el Sistema Público como para los trabajadores y trabajadoras que se encuentren en situación de IT y requiere, necesariamente, un tratamiento rápido y justo.

Rápido cuando es en el mismo origen (el médico del Sistema Público) donde se garantiza la adecuación de la determinación, con la coordinación de las distintas responsabilidades involucradas (Inspección médica, INSS, Mutuas), y justo, por no trasladar al trabajador o trabajadora la responsabilidad de la iniciación del proceso. Se han producido avances a iniciativa sindical en diferentes Comunidades Autónomas para facilitar la tramitación de los procesos de determinación de contingencia (Cataluña, Navarra, Murcia, País Valenciano, Extremadura...). El reciente documento elaborado por el INSS sobre “Determinación del carácter común o profesional de la contingencia - Instrucción de procedimiento” va en la misma dirección.

Por su parte la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, establece nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo, manteniendo vigente parcialmente la Orden de 16/12/87 del MTAS como procedimiento de cumplimentación y tramitación de los mencionados partes.

En el artículo 3 de la Orden del 87 se establece que:

“Los modelos establecidos deberán cumplimentarse en los casos y siguiendo los procedimientos que a continuación se indican:

a) El parte de accidente de trabajo deberá cumplimentarse en aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del accidentado del lugar de trabajo de, al menos, un día - salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente- previa baja médica.

Dicho documento será remitido por el empresario.....a la Entidad gestora o colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo, en el plazo máximo de cinco días hábiles, contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica.....”

Y en el artículo 4 de la misma Orden:

“La Entidad gestora o colaboradora deberá codificar las casillas sombreadas que figuran en los modelos parte de accidente de trabajo y relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica a ella remitidos y subsanar los errores advertidos en la cumplimentación de los mismos. Si la Entidad gestora o colaboradora no pudiera subsanar dichos errores, devolverá los modelos a la Empresa para que en el plazo máximo de cinco días hábiles le sean remitidos debidamente cumplimentados.

La Entidad gestora o colaboradora presentará ante la autoridad laboral de la provincia donde radique el Centro de trabajo del trabajador accidentado, en el plazo máximo de diez días hábiles desde la recepción de los modelos, correctamente cumplimentados o subsanados por ella, los ejemplares destinados a la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y a dicha autoridad laboral”.

Con esta redacción, la práctica diaria de las Mutuas produce situaciones en las que partiendo de una contingencia profesional objetivable por el facultativo de la Mutua, se niega ésta, por procedimiento, a emitir el correspondiente parte de baja médico alegando la ausencia de parte de accidente (o de enfermedad profesional) emitido por el empresario.

En estos casos la Mutua no asume el origen laboral de la contingencia anteponiendo un procedimiento administrativo (la presentación del parte de accidente) a la obligación de reconocimiento de la situación objetiva de Incapacidad Temporal, con la emisión de la baja médica, que da cobertura al trabajador (trabajadora) y genera el derecho al percibo de la correspondiente prestación económica.

En todas las Comisiones de Control y Seguimiento se ha trasladado desde CC.OO una consulta sobre este aspecto concreto con el objetivo de: “Conocer cuál es el procedimiento de actuación de la Mutua cuando un trabajador o trabajadora se dirige solicitando asistencia sanitaria por contingencia profesional y carece del correspondiente parte de accidente emitido por la empresa”.

Sólo en el caso de la respuesta ofrecida por una Mutua concreta se asume la obligación por parte de la misma de emitir el parte de baja médica por Incapacidad Temporal objetiva del trabajador sin esperar a la emisión del parte de accidente por el empresario (de obligado cumplimiento). En el resto de Mutuas, en ninguna de ellas se reco-

noce esta obligación derivada del art.3 a) de la Orden del MTAS de 16/12/87; incluso algunas de las respuestas incluidas en acta tienen el siguiente literal:

“Si se comprueba que las lesiones tienen origen laboral, pero el accidentado carece en ese momento del oportuno parte de asistencia o parte de accidente de trabajo, es remitido a su empresa, con un Informe Médico, en el que se indica que el accidentado ha estado atendido en nuestro Centro y manifestado si puede o no reincorporarse a su puesto de trabajo. *En estos casos, se retiene el documento de Baja o Sin Baja, en espera de la recepción, por parte de la empresa, del parte de asistencia o del parte de accidente en el trabajo y una vez recibido éste, se da curso legal al parte retenido*”.

“El trabajador que demande asistencia sanitaria de la Mutua debe acudir provisto, bien del Parte de Accidente, bien de un Volante de Asistencia cumplimentado y sellado por la empresa. Cuando acude con el Volante de Asistencia, se le presta la asistencia médica correspondiente y, si procede, se emite el Parte de Baja Médica, quedándose a la espera de la emisión del Parte de Accidentes de Trabajo por parte de la empresa para la aceptación definitiva del accidente como tal.

Si el trabajador comparece sin Parte de Accidente o sin Volante de Asistencia y se está ante una situación de urgencia, se presta, igualmente, la asistencia sanitaria correspondiente pero sin emitir Parte de Baja, entregándose un informe al trabajador asistido para su presentación ante la empresa, en el que se hace constar la necesidad de aportar dicho Volante o el Parte de Accidente para poder emitir Parte de Baja si así se considerase oportuno por parte de nuestros Servicios Médicos.

En los supuestos en que no se aporta ninguno de los dos documentos y no es una situación de urgencia, no se presta la asistencia sanitaria hasta la presentación de alguno de ellos.

En el supuesto de que se haya emitido Parte de Baja y la empresa, pese a que se le reclame, no emita Parte de Accidente de Trabajo, se procede a anular dicho Parte de Baja y se cesa la prestación de asistencia sanitaria”.

Por todo lo anterior debe contarse con una redacción normativa que especifique que:

“En los casos de trabajadores (o trabajadoras) accidentados o enfermos como consecuencia del trabajo, que carecen del correspondiente parte de accidente (o enfermedad profesional) emitido por la empresa, la entidad colaboradora identificará al trabajador y la empresa mutualista a la que pertenece, con sus números de afiliación a la Seguridad Social (o DNI en su caso) y de la empresa (CCC), posteriormente el trabajador efectuará una declaración donde se recogen los elementos objetivos del accidente: hora, lugar, trabajo que realizaba, accidente ocurrido, si en trayecto, de tráfico, etc..., con el fin de posibilitar la gestión posterior de la asistencia sanitaria, la gestión de las prestaciones y la investigación del accidente si procede, se realiza la asistencia médica y se expide el parte médico de baja o el certificado de asistencia médica sin baja, entregándose al mismo las copias para la empresa y el trabajador.

La empresa cuenta con cinco días para la presentación del parte de accidente a la entidad colaboradora. En caso de los accidentes sin baja, la presentación de la Relación de Accidentes sin Baja Médica se realiza en los cinco primeros días del mes siguiente al de la asistencia.

No obstante, ninguna de estas obligaciones documentales son precisas para la prestación de la asistencia sanitaria y para la emisión del correspondiente parte de baja.

En caso de no producirse la presentación del parte de accidente la entidad colaboradora procederá a su reclamación, y de no ser atendida ésta en el plazo establecido, presentará ante la autoridad laboral relación de accidentes con baja médica y de los que no se dispone del correspondiente parte emitido por el empresario.”

PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL Y DESEMPLEO

A partir de la modificación del art. 222 de la LGSS “Desempleo, Maternidad e Incapacidad Temporal” en los siguientes términos:

“Cuando el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal y durante la misma se extinga su contrato seguirá percibiendo la *prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo* hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces a la situación legal de desempleo.....”

“En todo caso, *se descontará del período de percepción de la prestación por desempleo*, como ya consumido, el tiempo que hubiera permanecido en la situación de incapacidad temporal a partir de la fecha de la extinción del contrato de trabajo”.

Como consecuencia de este cambio las Mutuas deben disponer de una información proveniente del INEM para fijar la prestación, o bien solicitar información al trabajador sobre cargas familiares y realizar la propia Mutua los cálculos a partir de la base reguladora correspondiente. Las Mutuas realizan el pago directo tanto en contingencia profesional como en común, en este último caso cuando la empresa afiliada tenga concertado el control de la prestación económica por contingencias comunes con la Mutua.

La modificación indicada responde al apartado décimo del Pacto de Pensiones referido a la “lucha contra el fraude” en la parte dedicada a la Incapacidad Temporal donde establece que:

“En el marco de la Recomendación 13ª del Pacto de Toledo, resulta preciso continuar con las medidas de mejora de gestión de la incapacidad temporal (IT) de modo que, *dando cobertura a las situaciones reales de imposibilidad de acceder al trabajo en caso de enfermedad o accidente*, se evite la utilización indebida de esta prestación”

“En este objetivo se establecerán *las medidas necesarias que impidan la concatenación abusiva de la IT con la prestación de desempleo....*”

La nueva redacción del artículo supone de facto la desaparición de la prestación económica de IT para los trabajadores que han generado derecho a la prestación por desempleo. El recorte, por tanto, afecta a:

- Aquellos trabajadores que, al acercarse la fecha de finalización de su contrato, puedan pretender una concatenación de la IT con la prestación de desempleo;
- A aquellos que se encuentran con una extinción de su relación laboral (despido

o no renovación de contrato) motivada por mantener una situación de IT `prolongada o reincidente´ a juicio del empresario; y

- *A aquellos trabajadores que habiendo sufrido un accidente laboral o padeciendo una enfermedad profesional ven terminado su contrato.*

En este sentido es importante distinguir el origen de la Incapacidad Temporal en función de que su origen sea común o laboral:

- Si la IT deriva de accidente laboral o enfermedad profesional *es indefendible el recorte de prestación ante la presunta existencia de fraude.*
- Si la IT se deriva de contingencias comunes habría que focalizar y demostrar la presunción de fraude en cada uno de los casos; *se hace indefendible la posición de presumir fraude cuando antes de la extinción del contrato el trabajador (o trabajadora) lleva un número de días elevado de baja.*

CONCLUSIONES

- Es objetivo sindical garantizar la cobertura del trabajador (trabajadora) que se siente impedido para el trabajo; cobertura como derecho universal y en sus dos vertientes: la prestación sanitaria y la económica; y con independencia de que el origen de la dolencia sea profesional o no.
- Es objetivo sindical prioritario defender nuestro Sistema de Seguridad Social en el que se integra un Sistema Público de Salud universal y que ha de contar con recursos suficientes y criterios de eficacia en su gestión. Por tanto, no siendo la gestión de la IT la razón de ser que legitima a las Mutuas, muy al contrario las desvirtúa, hay que seguir con el modelo de que sea el INSS y los Servicios Públicos de Salud quienes realicen la gestión de la IT por contingencias comunes, dejando en las Mutuas, las actividades de prevención de riesgos laborales y de gestión de las contingencias profesionales. El proceso deberá culminar con una nueva reforma normativa que devuelva a al Sistema Nacional de Salud y al INSS las competencias que le han sido transferidas a las Mutuas y, obviamente, en un nuevo Reglamento de Colaboración que rijan su funcionamiento y competencias.
- Mientras se mantenga la actuación de las MATEPSS en el área de las contingencias comunes, debemos exigir el cumplimiento riguroso de la colaboración de estas entidades con el Sistema Público de Seguridad Social, siguiendo criterios sindicales en la gestión de las prestaciones para proteger los derechos de los trabajadores y las trabajadoras.
- Debe existir una colaboración eficaz entre Sistema Público de Salud, INSS y Mutuas, con la participación de los agentes sociales.
- Hay una seria deficiencia en los datos, lo que exige un esfuerzo de recopilación: comparativa entre países de la Unión Europea; en España por Regímenes, por CC.AA y Provincias, y del Sistema de Seguridad Social en su conjunto (INSS y Mutuas).