



I Jornada sobre el sistema público de pensiones y seguridad social

La incapacidad temporal, ausente en los documentos sobre la reforma del sistema de pensiones

OCTAVIO GRANADO MARTÍNEZ

Estudios sobre la Economía Española 2024/20

Junio 2024

fedea

Las opiniones recogidas en este documento son las de sus autores y no coinciden necesariamente con las de Fedea.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL, AUSENTE EN LOS DOCUMENTOS SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES.

Octavio Granado Martínez

Preámbulo

He decidido acudir a esta convocatoria abierta de FEDEA sobre un tema tan importante como las reformas a realizar en nuestro sistema de Seguridad Social no tanto con la voluntad de expresar un pronunciamiento ideológico, inevitable por otra parte en todo escrito, como con el deseo de suscitar una reflexión sobre la necesidad de profundizar sectorialmente los problemas del sistema en relación con prestaciones concretas. Con habitualidad, los problemas de la Seguridad Social acaban identificándose usando una cierta acumulación de simplificaciones. En términos de exacciones públicas, se consideran los problemas de las cotizaciones como los problemas de su incremento. En términos de gasto social, se consideran los problemas del incremento del gasto en pensiones, su efecto sobre la sostenibilidad del sistema, las finanzas públicas, la competitividad y la productividad, También sobre la edad en la que los afiliados solicitan su pensión, y sobre el régimen de incompatibilidades. Cuando se habla de pensiones la generalidad de las referencias se limita a la pensión de jubilación. En términos de derecho comparado, conocemos muy bien la evolución económica de la Seguridad Social española en relación con otros sistemas similares de la Unión Europea y de la OCDE. Pero en el camino se han quedado, desde el punto de vista de las cotizaciones, el estudio del papel que juega su evolución en el gasto global de las empresas, los posibles efectos directos y perversos en el mercado de trabajo de los beneficios fiscales en forma de reducciones y deducciones de cotización, la relación entre las exigencias del sistema de Seguridad Social y del tributario, y en qué medida la falta de coordinación de ambos juega un papel en los problemas de los

dos ámbitos. En las prestaciones de viudedad, después de una serie de reflexiones sobre el carácter contributivo o no de las pensiones de muerte y supervivencia, hemos renunciado a incorporar en nuestro sistema algunas aportaciones que han jugado un relevante papel social en otros países. La pensión de incapacidad, después de la reforma de 2007, ha desaparecido de la reflexión política y académica, a pesar de que, y algo veremos en este escrito, habría que perfilar nuevas reflexiones sobre ella. La pensión de orfandad, los coeficientes reductores de la edad de jubilación... En derecho comparado, hablamos sobre nuestro sistema de pensiones desestimando cual es el tratamiento que dan a algunos conceptos que en nuestro caso son fundamentales otros sistemas. ¿Existen topes máximos de pensiones públicas en UE o la OCDE? ¿Existen topes de cotización? ¿Cuál es el régimen de compatibilidad entre trabajo y pensión?

No reclamo que todas estas cuestiones se aborden, pero me hubiera parecido mucho más útil que la convocatoria de FEDEA hubiera abordado la necesidad de que se trataran estos temas en aportaciones monográficas, en grupos de trabajo, o con cualesquiera otras metodologías. Y al final me he decidido a presentar esta humilde aportación, realizada como es lógico desde el punto de vista de alguien con limitada formación económica, que intenta hablar de los problemas de la “Economía y Sociedad” desde el punto de vista de la sociología. Sobre un tema que requiere atención, y que se aborda con frecuencia desde posiciones enfrentadas, que defienden argumentos ciertos pero no generales, y que ignoran todo aquello que no conviene. El tema es la incapacidad temporal, y no voy a resistirme también a alguna simplificación, porque el núcleo de la argumentación no va a entrar en demasiados detalles sanitarios, ni en el tratamiento del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional, aunque habrá referencias a estas partes de la cuestión, como a la incapacidad permanente.

Los datos utilizados en este trabajo han sido obtenidos de las liquidaciones presupuestarias del sistema de Seguridad Social de

2018 y 2023, del Informe Económico Financiero anejo a los Presupuestos de la Seguridad Social para 2023, de los informes de la Mutua Umivale Activa, y del Informe sobre Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes publicado por la Asociación de Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social (AMAT). También hay citas concretas sobre estadísticas de Eurostat y otras fuentes. Como las cifras de AMAT y de la Intervención General de la Seguridad Social no son plenamente coincidentes, en las cifras de ejecución presupuestaria he preferido esta última fuente. Debo explicitar mi agradecimiento a la colaboración de AMAT con la realización de este trabajo, sin perjuicio de que el mismo expresa mis opiniones personales, en muchas ocasiones coincidentes con las entidades mutualistas, pero en otros casos diferentes. Debo realizar una última aclaración, y es la de que el trabajo es breve, pero no me gustaría que fuera anodino.

1. Las liquidaciones presupuestarias de 2018 a 2023: Algunos elementos de contextualización.

1.1. Introducción general

La Incapacidad Temporal en España no ha dejado de crecer aceleradamente durante los últimos años, fiel al sesgo general que inexorablemente relaciona el crecimiento de las demandas de prestación con los momentos en los que el mercado de trabajo tiene un comportamiento expansivo. La capacidad de los empleadores para presionar a los empleados es menor, y estos pueden ocuparse más adecuadamente de su salud, en la explicación sindical. En la explicación empresarial, un mercado de trabajo en el que es más difícil cubrir las demandas de puestos de trabajo posibilita el crecimiento de los abusos, tanto por la dificultad de cubrir los puestos de trabajo en el sistema sanitario, en el sistema de control del abuso de la Administración y de las entidades colaboradoras, como por la convicción de los trabajadores de que el trabajador abusante no va a ser sancionado con facilidad si la dificultad de sustituirle es mayor.

Según el Informe hecho público por la Mutua colaboradora de la Seguridad Social Umivale Activa, el coste de la incapacidad temporal, si sumamos el coste para las empresas de las ausencias y sustituciones, el coste de las prestaciones del sistema y otros costes colaterales supondría el 1,4% del PIB. Un 4,1 de los trabajadores han estado en una situación de incapacidad temporal a lo largo del ejercicio. Estas cifras pueden considerarse algo exageradas, si tenemos en cuenta que no han tenido en cuenta que un/a mismo/a empleado/a puede presentar dos periodos de baja por causas diferentes, o que otras incidencias presentadas como incapacidad temporal tengan otra causa. En todo caso, es evidente que las situaciones de incapacidad temporal han crecido por encima de la evolución de la población protegida y los salarios (bases de cálculo de la prestación) o a la situación de salud medida con indicadores más taxativos (mortalidad de la población en edad activa, esperanza de vida). Como veremos, otros indicadores comparativos nos descubren una situación en la que son visibles rasgos de abuso entre el uso que de la prestación hacen los beneficiarios del sistema, así como problemas administrativos y de configuración legal que favorecen un crecimiento perverso del gasto. De todo esto tratará este breve texto.

1.2. Relación entre cotizaciones sociales y pensiones contributivas.

A finales de marzo del presente año se ha presentado la liquidación de los Presupuestos de la Seguridad Social de 2023, y ya se han conocido algunos estudios que ponen en cuestión la amabilidad de las presentaciones gubernamentales. En este sentido, convendría plantear puntos de partida relativamente aceptados por todos.

Partida presupuestaria	Liquidación 2018	Liquidación 2023
Cotizaciones sociales	114.948,06	154.247,92
Pensiones contributivas	121.290,03	161.077,37
Ratio cotización/pensión	94,77 %	95,76%

(Nota: Las partidas, expresadas en de millones de euros)

Estamos hablando pues de crecimientos del 34,2 para las cotizaciones sociales y del 32,8 para las pensiones indexadas con la inflación. La partida “cotizaciones sociales” ha descontado los ingresos provenientes de la cotización para el ceses de actividad de los trabajadores autónomos, aunque se ha mantenido la partida correspondiente en la liquidación 2023 de las aportaciones al Mecanismo de Equidad Intergeneracional, por entender el autor que es disponible para el gestor del sistema con una simple modificación normativa, como de hecho sucedió con la anulación de los límites a las detracciones, que permitió los recursos al Fondo de Reserva posteriores a 2011.

Como simple comentario, la relación entre cotizaciones sociales y pensiones contributivas en este periodo ha permanecido relativamente estable, a pesar de los efectos negativos de la pandemia sobre el funcionamiento del sistema, la descontrolada inflación del año 2022 que motivó la mayor revalorización de las pensiones del sistema en el año 2023. Es evidente que este equilibrio es consecuencia de la más que aceptable evolución del mercado de trabajo.

1.3. Incremento de las transferencias corrientes no pensionales de la Seguridad Social

Pero la relación entre cotizaciones y pensiones no tiene en cuenta el conjunto de los gastos del sistema. En el periodo de tiempo analizado, que coincide básica con el mandato del actual Ejecutivo, sean producido varias decisiones políticas que han influido en los costes de las prestaciones contributivas y no contributivas: Revalorización de pensiones no contributivas, extensión del permiso de paternidad, aprobación del Ingreso Mínimo Vital. Excluyendo del Capítulo 4, Transferencias Corrientes, las transferencias interadministrativas, la evolución de dichos conceptos sería la expresada en la siguiente tabla.

Transferencias corrientes 2018	21.395,66
Transferencias corrientes 2023	34.563,07
Incremento porcentual	61,54 %

(Nota: Las partidas expresadas en millones de euros)

Es decir, un incremento muy superior al del conjunto de pensiones contributivas, del 32,8%. Estas partidas ha sido cubiertas por el incremento de las transferencias recibidas como ingreso por parte del Estado, que han pasado en este periodo de 14.648,66 millones de euros a 39.295,09, con un incremento del 168,25%.

En algunas reflexiones sobre el cálculo del déficit global del sistema de Seguridad Social se ha añadido esta aportación del Estado. Los ingresos provenientes del cálculo de los denominados “costes impropios” podrían considerarse déficit en este ámbito de reflexión, pero la financiación del Estado de las prestaciones no contributivas, incluso de los permisos de paternidad y maternidad interpretados como una política social propia, aunque sea proporcional a la base de cotización y ente sentido contributiva, debería ser la misma aunque fuera, por ejemplo, traspasada su gestión a las Comunidades Autónomas. Con estas premisas, incluir este déficit en el global del sistema de pensiones no parece muy razonable. En su día la Seguridad Social gestionaba, con una cotización específica, la asistencia sanitaria y los servicios sociales. Ahora la financiación de esta protección social se realiza mediante impuestos. Que los permisos de progenitores, el Ingreso Mínimo Vital, las pensiones no contributivas y los complementos a mínimo de pensión tengan financiación tributaria no deben ser utilizados para presentar un déficit superior del sistema de pensiones. Sobre todo, teniendo en cuenta que a pesar de los esfuerzos realizados por el actual Ejecutivo el gasto en protección social de España todavía no ha conseguido alcanzar la media de la Unión Europea, según los últimos datos publicados a los que se ha tenido acceso.

Gasto en protección social, % PIB	2018	2021
Unión Europea a 27	27,9 %	29,9 %
España	23,6 %	28,1 %

(nota: Fuente, Eurostat)

2. La incapacidad temporal a través de diferentes indicadores.

Pero vamos ya a la evolución del gasto de incapacidad temporal contemplado en las liquidaciones presupuestarias. Para un estudio mínimamente pormenorizado se señala cual ha sido el gasto referido en 2018 y 2023 para las prestaciones de incapacidad temporal debidas a enfermedad común y a contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional). Hemos deducido del último ejercicio las cantidades abonadas por prestaciones derivadas de la Covid 2019, para facilitar la comparación homogénea.

Prestación	2018	2023	% Incr
IT por Enfermedades Comunes	6.608,03	12.662,08	91,61
IT por Contingencias profesionales	876,75	1.342,98	53,17
Incapacidad Temporal (total)	7.484,78	14.005,06	87,11

(Nota: Las partidas, expresadas en millones de euros)

Como vemos, las diferencias en el tipo de gestión realizada son determinantes en la evolución del gasto. En las contingencias profesionales, la gestión prácticamente absoluta de la prestación por parte de las mutuas es determinante. Ayudan también el desarrollo de la normativa proteccionista en materia de prevención de accidentes de trabajo, la labor de prevención realizada conjuntamente por las empresas, las administraciones competentes (Comunidades Autónomas) y las propias Mutuas han tenido sin duda un reflejo notable en la disminución de accidentes y enfermedades profesionales. También podrían mencionarse otro tipo de causas, como la disminución de actividades en sectores tradicionalmente aquejados de una accidentabilidad elevada (minería, construcción, metalurgia...). Pero en su conjunto, la existencia de unas Mutuas originariamente creadas para la atención y la prevención del accidente laboral es evidente que es una fortaleza de nuestro sistema.

En el ámbito de la enfermedad común el incremento del gasto es muy superior. Este incremento del gasto tiene como causas, como el de las pensiones y el incremento de ingresos de los cotizantes, en el aumento de la población contempladas y de los salarios o bases de cotización. Pero también habría que analizar el número de días de atención sanitaria y prestación económica que supone cada proceso, y otros factores específicos. Veamos algunos de estos factores para descubrir las causas de esta peor evolución.

Factor analizado	2018	2023
Población protegida (personas)	17.311.321	19.072.017
Procesos iniciados	5.966.056	8.106.077
Incidencia mensual (% 1.000)	27,65	40,36
Duración media procesos (días)	42,55	39,84

(Nota: Fuente, Informe Incapacidad Temporal AMAT)

Como podemos señalar, frente a un incremento de la población protegida del 10%, los procesos aumentan un 35%. La incidencia mensual tiene un crecimiento mayor, consecuencia de procesos más cortos, recidivas. Pero, paradójicamente, aunque el retraso en los medios diagnósticos tiene incidencias elevadas, en especial en los procesos más graves y complicados, la duración media de los procesos disminuye. El incremento del control por parte de las mutuas, de un lado, y de otro los estándares elaborados por el INNS sobre duración media de los diferentes procesos (Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal) parecen haber conseguido un efecto positivo en el control de la situación.

Estas cifras nos descubren una realidad preocupante, que no tiene asiento en consideraciones sanitarias. Aunque las deficiencias sanitarias, medidas en tiempos de espera para operaciones quirúrgicas y otros indicadores, empeore el estado de salud de la población, la esperanza de vida aumenta y la mortalidad durante las etapas en las que existe actividad laboral disminuye.

Por citar un último elemento que ayuda a contextualizar lo que estamos comentando, veamos como ha evolucionado el gasto producido según la población protegida dependa de entidades gestoras de la Seg-Soc o de las Mutuas Colaboradoras.

Administración responsable	2018	2023	% Incr.
Entidad gestora	2.107,19	4.421,28	109,82
Mutuas colaboradoras	5.371,49	9.700,69	80,60

(Nota: Fuente, Liquidaciones Presupuestos Seguridad Social)

Que no se piense que este indicador pueda estar falseado por una modificación sustancial del número de trabajadores atendido por entidades y mutuas. El gasto por trabajador protegido en este periodo de tiempo creció un 64,65% para los que estaban cubiertos por entidades por un 51,13% por los atendidos por mutuas. En términos más generales, el gasto medio por trabajador protegido ha pasado de 720,37 € a 1256,73 en los últimos años. Dicho en términos groseros, la incapacidad temporal ha aumentado su coste desde el año 2018 al 2023 en una cantidad similar a la diferencia que se produce cada año entre las pensiones contributivas y las cotizaciones sociales. Un coste que crece aceleradamente, y que puede afectar a la sostenibilidad del sistema.

3. ¿Es posible adoptar medidas contra el abuso en el cobro de prestaciones de incapacidad temporal por enfermedades comunes o es una quimera?

3.1. La cuestión cultural.

En principio, las grandes cuestiones de las modificaciones legales sobre la acción protectora en materia de incapacidad temporal parten de la convención de que la representación de los empleados considera que la percepción de todas las prestaciones se ha otorgado con el estricto cumplimiento de los requisitos legales, y que de existir alguna causa en el crecimiento de las prestaciones por encima de lo que crecerían vegetativamente (población

protegida, salarios) debería abordarse mejorando las condiciones de trabajo, disminuyendo la jornada, evitando el deterioro continuo del sistema sanitario, etc, sin afectar para nada a los trabajadores beneficiarios. No existe abuso ninguno, sino en todo caso uso irregular de posibilidades legales. La cultura del abuso en prestaciones sociales partiría en el caso de la incapacidad temporal de su característica privilegiada como una “prestación refugio”. Frente a la prestación por desempleo, cuyo cobro se produce después de la pérdida del puesto de trabajo, la prestación de incapacidad temporal supone *de facto* una protección mayor del mismo. Frente a las prestaciones determinadas por requisitos objetivos, aquí su concesión puede determinarse por un profesional sin formación legal, ajeno a los procedimientos legales, y al que según la jurisprudencia del Tribunal Supremo no cabe exigir responsabilidad alguna en función de su criterio, a no ser que sus decisiones estén tan groseramente faltas de motivación que sean imposibles de defender no en términos legales, sino meramente racionales. Personas, los profesionales de atención primaria, que son sensibles a la vulnerabilidad de sus pacientes, y por ende a lo que mejora y empeora su estado de salud entendido como bienestar, porque son cercanos a sus problemas, y que en este sentido deben aplicar un plus enorme de responsabilidad para negarles medidas que sabe que les serían favorables a sus deseos.

Este ámbito se completa si además tenemos en cuenta que en ocasiones los propios empleadores son corresponsables del mal uso de las prestaciones, porque permiten a empleados quedar dentro de la protección social cuando el funcionamiento ordinario de las empresas carece de los recursos necesarios, y en este sentido el cobro de prestaciones públicas evita litigios privados de difícil solución. Cuando estos empleadores tienen carácter público, llegamos en el pasado a una institucionalización del abuso que traspasa todas las barreras sociales, legales y económicas y se convierte en una norma de comportamiento aceptado. En una provincia española de cuyo nombre no quiero acordarme, la reestructuración de importantes empresas públicas necesitaba para llevarse a cabo cubrir con prestaciones a trabajadores en una

cohorte de edad de 40 a 50 años, tan lejanos de las ayudas específicas planteadas para la reestructuración como de las pensiones de jubilación. Era imposible plantear sin pasar del escándalo al esperpento una jubilación anticipada de estos trabajadores, y la afortunada solución vino del reconocimiento de pensiones de incapacidad permanente, entonces invalidez, por *hipoacusia*, causada por los excesivos ruidos sufridos en sus centros de trabajo. Años más tarde, un abrumado Secretario de Estado de la Seguridad Social debió explicar en una reunión de la Unión Europea por qué razones en la provincia en cuestión se producía una incidencia tan elevada de este trastorno, lo que solventó hablando de problemas de una deficiente prevención de riesgos laborales ya resuelta afortunadamente.

Estas circunstancias son parte del escenario, pero deben ser resultas convenientemente por las políticas públicas. La atención a la salud y la protección social pueden en una situación concreta plantearse objetivos diferentes, pero es evidente que deben corresponderse. La atención a la salud exigirá a los responsables de la legislación laboral procurar que las condiciones y jornadas de trabajo sean saludables, y que las instalaciones dónde se trabaja tengan cubierta la prevención de los riesgos laborales más peligrosos, o simplemente más frecuentes. La protección social exigirá que la atención a la salud incorpore la promoción de la actividad laboral, para que las personas pueden trabajar para colaborar en el funcionamiento de la sociedad del bienestar. Esto es más difícil de aplicar que de predicar, y así no es infrecuente que el sistema de protección social genere incentivos complejos e intensos para garantizar que las personas con discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas puedan encontrar puestos de trabajo en los que desarrollar actividad plenamente, al tiempo que la normativa de pensiones aparta del mercado de trabajo a personas con una capacidad muy superior. Ni ellas mismas ni sus empleadores tienen ningún interés en realizar las modificaciones necesarias que les permitan seguir trabajando. A fin de cuentas, el trabajo es una “maldición bíblica” (Génesis, 3.19 “Con el sudor de tu rostro

comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, porque de ella fuiste tomado, pues polvo eres y en polvo te convertirás”)

3.2. Generar incentivos que hagan posible la mejora financiera del sistema sin graves perjuicios para empleadores y empleados.

Trabajar en la buena dirección es posible sin generar necesariamente conflictos sociales que transmitan a las personas la sensación de que los cambios sociales se hacen únicamente para desatenderles o perjudicarles. Y en este sentido, remover las trabas (por utilizar la terminología de los himnos del movimiento obrero) puede conseguirse aplicando esfuerzos en los puntos necesarios del engranaje social.

En el año 2004, existía un gran número de procesos de incapacidad temporal que se prolongaban más de 365 días. Bastó una modificación normativa de segundo nivel que atribuía la exclusividad de las decisiones sobre la continuidad de las prestaciones a los inspectores de la Seguridad Social para reducir el número de procesos que traspasaban este límite. Hoy en día todavía existe una gran conflictividad en los procesos de alta duración, generados muchos por la COVID 19. Y sigue siendo perceptible la existencia de procesos que finalizan, por “casualidad”, a los pocos días de llegar a los 365.

En el año 2007 existía un uso indebido de las pensiones de incapacidad permanente, que se convertían en un refugio para las personas a las que las sucesivas reformas de la pensión de jubilación había hecho más dificultoso llegar a esta prestación. En la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de seguridad social se modificó la normativa para hacer más correspondiente la pensión de incapacidad permanente al tiempo trabajado por el beneficiario, para evitar que con una prestación fuera más fácil mejorar la relación entre prestación y salario que con otra.

Desde los primeros momentos en que se configuró la pensión por incapacidad derivada de accidente de trabajo o de enfermedad profesional la normativa legal intentó impedir que los trabajadores perjudicados por sus malas condiciones de trabajo fueran expulsados del mercado, obligando a las empresas a recolocarles en otros puestos dónde no estuvieran expuestos a las condiciones que habían provocado su enfermedad. Con posterioridad, se ha determinado que son las empresas dónde haya trabajado el/la trabajador/a las que deben sufragar los costes de la prestación, y no solo la empresa en dónde hubiera recalado la persona beneficiaria en el momento de concederse la prestación.

La conclusión final de todos estos ejemplos parte de la base de que no hay situación que no pueda corregirse utilizando las reformas legales con precisión y respeto a los afectados. Es necesario como punto de partida articular una base aplicable a toda la casuística: El sistema de protección social debe atender más a la capacidad alta o baja que las personas poseen antes que a la incapacidad para determinar su actuación. Debe promover los cambios que permitan a las personas en la edad de vida activa que se determine socialmente continuar en el mercado de trabajo, no buscar sistemáticamente “atajos” que les retiren del mismo, por negarse a prevenir riesgos laborales conocidos, no cambiar sus condiciones de trabajo, su jornada o los factores negativos que deterioran su situación.

4. Propuestas para obtener modificaciones en las tendencias al creciente uso y abuso de la prestación: La relación con el Sistema Público de Salud.

4.1. Las Mutuas colaboradoras y el SPS

Durante los últimos decenios la Seguridad Social ha firmado diversos convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas (y el Estado, en Ceuta y Melilla) como gestoras del

Sistema Público de Salud. Los convenios en general suponían que a cambio de recibir recursos de la Seguridad Social, el sistema sanitario cumplía debidamente su función. Puede parecer este aserto exagerado, pero los convenios en materia de Incapacidad Temporal por Enfermedad Común se concretaban en la práctica en conseguir que cuando el SPS remitía a la Seguridad Social la documentación correspondiente a las situaciones de baja de las personas empleadas, en vez de repetir de forma negligente un único código de clasificación, se indicaba, de verdad, la enfermedad diagnosticada.

El Sistema Público de Salud engulle vorazmente todos los recursos financieros que recibe, y con frecuencia no define comportamientos que ayuden a obtener una mayor rentabilidad social o una mayor eficacia o eficiencia en el uso de los recursos públicos. Su carencia de profesionales se convierte en un problema para las empresas, para el mercado de trabajo y para la actividad económica en general, pero tampoco debemos olvidar las fortalezas que la estructura del sistema aporta al Estado de Bienestar en España.

Por esta razón, sería razonable el definir las propuestas de colaboración en el ámbito de dos sistemas que tienen lógicas cercanas pero no coincidentes, y buscar los puntos de conexión que permitan colaborar en la mejora conjunta.

Cuando la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 estableció la responsabilidad empresarial en la atención y protección de los trabajadores accidentados, los empresarios mutualizaron su responsabilidad para evitar que las nuevas obligaciones supusieran un gasto que abocara a la quiebra de las empresas afectadas por siniestros colectivos o individuales. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo crearon una red de centenares de asociaciones empresariales, que pudieron en marcha centros de atención al accidente. Después llegó la prevención, y en una época más cercana la gestión de las prestaciones económicas. Sucesivas

reformas estructurales han perfilado el papel de las Mutuas, en la actualidad Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social. A iniciativa de las sucesivas administraciones se separaron de las entidades aseguradoras, aprobaron un código de buenas prácticas que eliminó la gran mayoría de las prácticas irregulares, su contabilidad incorporó los criterios de seguro del Banco de España para reflejar las expectativas de pago futuras de los siniestros declarados, debieron segregar la contabilidad de los servicios de prevención de riesgos laborales que habían creado para evitar que la Seguridad Social pagara los gastos mientras las entidades colaboradoras administraban los ingresos. Pero son, a la luz de muchos gestores de los diferentes administraciones sanitarias, entidades privadas con una lógica exclusivamente financiera. En el fondo, atribuyen sin que se atrevan a reconocerlo la misma lógica a la Seguridad Social en su conjunto, frente a un Sistema de Salud que solo persigue mejorar la salud de los ciudadanos.

Esta creencia maniquea, que divide en buenos y malos a los actores sociales, se traslada con frecuencia a la representación de los empleados, que suele encontrar mayor receptividad de los funcionarios ajenos al gasto que en los organismos que conocen que la estabilidad de la protección depende del uso eficaz y eficiente de los recursos públicos. Con frecuencia, he utilizado el símil de la moneda para definir un sistema de protección: De la misma forma que una moneda no puede ser falsa en una cara y legítima en la otra, un sistema de protección no puede dar adecuadas prestaciones si por la otra cara no dispone de igualmente de adecuados procedimientos de control. El sistema de protección no aspira a incorporar un sistema de “triaje” para los trabajadores afectados de enfermedades comunes; solo aspira a que las prestaciones económicas lleguen a los que no exageran o inventan sus patologías.

Lo expuesto serviría para justificar algunas cuestiones básicas. Desde el punto de vista de gestión coordinada del sistema, la ausencia de relación entre los servicios sanitarios de las Mutuas y

los departamentos de los SPS es indefendible. Esta falta de coordinación supone graves perjuicios a la Seguridad Social, pero también a la asistencia a la salud de la población. El Informe de AMAT refiere como en similares procedimientos traumatológicos y osteoarticulares la media de duración de un procedo es de 41,08 días cuando el paciente es atendido por los servicios de una Mutua y de 67,78 días cuando es atendido por los servicios del Sistema Público de Salud. Como hemos visto en los primeros párrafos, los servicios de las Mutuas tienen mucha más experiencia que algunos de los SPS y el porcentaje de satisfacción de los atendidos debería poder compararse por una autoridad independiente para establecer, con carácter general, que una persona empleada sea atendida por los servicios de una Mutua cuando ésta pueda hacerlo mientras que el SPS tenga sus servicios saturados.

Esta misma cuestión elemental debe aplicarse a procedimientos diagnósticos, que deben ser realizados por los servicios sanitarios de las Mutuas cuando la lista de espera crezca en los SPS. La normativa por tanto debería incorporar el derecho de las empresas a ser compensadas cuando las personas empleadas deban soportar largos periodos de espera en los SPS y las Mutuas puedan ofertar en tiempo menor las mismas prestaciones. La falta de colaboración entre las Mutuas y los SPS solo supone el crecimiento, a veces desorbitado, de los seguros individuales y colectivos de salud. Por citar un dato que abunde en la conveniencia de la propuesta, el Informe de AMAT refiere, utilizando datos del Ministerio de Sanidad, que la lista de espera para una operación traumatológica supera en veinte días a la lista de espera general (149 para 128).

4.2. Atención primaria y atención especializada.

El mes pasado Congreso de los Diputados acaba de aprobar una resolución consecuencia de una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista instando al Gobierno a que modifique el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social para

recoger que cuando el problema de salud sea detectado y tratado por un centro de hospitalario, sean los médicos especialistas y no el médico de atención primaria de referencia el que pueda, incluso a través de emitir la declaración de baja por enfermedad común, para evitar problemas burocráticos o de sobrecarga de carga administrativa que perjudiquen la entrada en la protección social a las personas afectadas. Aunque la resolución del Congreso plantea un problema real, la experiencia sugiere que este problema se viene resolviendo sin tanta alarma como sugeriría la iniciativa.

Esta resolución no obstante plantea un problema real, y es el del papel de los diferentes grupos de médicos en la determinación del problema de la incapacidad temporal por enfermedad común. En el caso de la incapacidad temporal por accidente de trabajo o enfermedad profesional, el problema se resuelve en la práctica, al ser los servicios sanitarios de las Mutuas colaboradoras quienes atienden al 95% de los supuestos generados.

Sería conveniente que la normativa aclarara debidamente algunas cuestiones en relación con el papel de médicos de atención primaria y de atención especializada. Una, que en el caso de la enfermedad del trabajo, sea un especialista con formación en medicina del trabajo quien debe determinar la conexión entre la actividad laboral y la patología invalidante.

Dos, que los procesos comenzados por patologías relacionadas con la salud mental exijan después de un periodo de tiempo (determinado con criterios científicos) que deba ser un médico especialista el que ratifique el estado de salud de la persona en situación de incapacidad temporal. Estos procesos siguen teniendo una evolución creciente, aunque no tanto como podía temerse hace diez años. Pero son una de las formas de abuso de la prestación más frecuente, debido entre otros factores, a la insuficiente formación relacionada con la salud mental en la especialidad de medicina de familia. En estudios realizado por el FIPROSS (Fondo

de Investigaciones sobre Protección Social de la Seguridad Social) algunos estudios ponían de manifiesto un elevado porcentaje de diagnósticos incorrectos en la atención primaria, así como en los diagnósticos correctos equivocaciones frecuentes en las prescripciones. Podría argumentarse que esta carga de trabajo no podría ser asumida por los servicios de salud mental de los SPS, pero ahí sí tendría sentido que se utilizara alguna de las formas de convenio Seguridad Social – SPS de las que hemos hablado con anterioridad.

La tercera propuesta debería aclarar, en el plano normativo, cuál es la conexión entre los procesos de determinación de contingencia profesional y por enfermedad común, al ser demasiado frecuente que una persona aquejada intente conseguir la declaración de incapacidad por contingencia profesional, más favorable, y cuando ha agotado todas las vías legales para obtener ésta, acude a iniciar las vías para obtener la incapacidad por enfermedad común. Probablemente debería habilitarse una vía legal que estableciera con mayor precisión en qué momento solicitar la protección adecuada, sin que los vericuetos legales perjudiquen ni a la administración ni a las personas administradas.

5. Propuestas para obtener modificaciones en las tendencias: Diversos elementos

5.1. La configuración de la prestación

Desde la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social, hace más de sesenta años, hemos ido comprobando como iban atenuándose barreras y límites que en un primer momento asentaban el funcionamiento del sistema. La pensión de jubilación, por ejemplo, sustituía que el beneficiario había llegado, después de realizar una carrera de aportaciones, a una edad en la que se determinaba legalmente que carecía de capacidad de trabajar. La

pensión era incompatible con todo trabajo, porque el fundamento de su cobro era precisamente que el jubilado no podía trabajar. Si existía un trabajo eventual durante un periodo reducido, cabía solicitar la baja como pensionista y el retorno a la jubilación con la conclusión de la actividad. Pero desde el primer momento se establecieron a su vez límites a estas limitaciones. Los propietarios de explotaciones agrarias consiguieron que no fuera incompatible el cobro de la prestación con determinadas actividades. En determinadas profesiones (por ejemplo, veterinarios) la jubilación en una actividad pública no impedía siempre la realización de trabajos por cuenta propia. Con la Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación parcial y flexible, se establece la jubilación parcial con contrato de relevo, que asienta la figura del relevado, persona que durante un periodo amplio en la previsión inicial (4 años) va a combinar el cobro de una pensión de jubilación con un porcentaje menor de actividad. El Real Decreto-Ley 5/2013, de 15 de marzo, establece la jubilación activa, por la que una persona que ha llegado a una edad en la que puede percibir pensión de jubilación, decide alargar su vida activa a la vez que cobra parte de su pensión (en la actualidad, artículo 214 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). El cobro de las prestaciones de jubilación se ha compatibilizado con numerosas actividades, por ejemplo las vinculadas con las que generan derechos de propiedad intelectual y las artísticas en general (música, pintura, escultura, cine, escritura, ballet...). La evolución del trabajo en sociedades avanzadas cada vez es más intelectual y con menor esfuerzo físico, por lo que los fundamentos de la protección social van a modificarse de acuerdo con las modificaciones del mercado laboral.

De igual forma se están modificando a pasos igualmente rápidos las consideraciones de lo que se considera enfermedad invalidante. La incapacidad temporal depende como siempre de lesiones traumatológicas y osteoarticulares, pero también de estados de ansiedad o agotamiento derivados de jornadas muy amplias y en condiciones de trabajo agobiantes. La jurisprudencia evoluciona también. Hace ya decenios se determinó en España que cualquier

accidente o enfermedad que estuviera conectada con condiciones en las que se realizaba el trabajo se considerara enfermedad de trabajo aunque no tuviera una etiología profesional definida, la denominada “enfermedad del trabajo”. En muchos estados patológicos es detectable que esta enfermedad, que determina una incapacidad temporal, está muy relacionada no tanto con el trabajo que con algunas condiciones de la jornada o de la actividad.

Seguimos anclados no obstante, y esto por la voluntad implícita pero también explícita de empleadores y empleados, en ver la prestación de incapacidad como salida inexorable de la actividad laboral, bien por tiempo finito o permanentemente. Lo cual es, esencialmente, absurdo. En algunas patologías de salud mental situamos a la persona empleada en incapacidad temporal para que luego en su proceso terapéutico se le recomiende la laborterapia. A personas afectadas por accidentes de trabajo que están culminando un proceso de rehabilitación se les dificulta por motivos legales la entrada parcial en la jornada, cuando todas las recomendaciones sanitarias recomendarían este acceso paulatino a la actividad laboral. De la misma forma que desde la consideración de un estado de salud y bienestar el cese abrupto de toda actividad laboral que implica la jubilación, momento en el cual la persona jubilada pasa de dedicar al trabajo la mayor parte de la jornada a encontrarse sin esa referencia por completo, es claramente contraproducente, y está en el origen de una casuística demasiado abundante de problemas o incluso de mortalidad durante los años inmediatamente posteriores a la jubilación, la consideración que toda incapacidad temporal está limitada en el tiempo pero es una situación que afecta a todas las personas y a todos los padecimientos “a jornada completa” no es razonable.

Debemos pues modificar la regulación legal de la incapacidad temporal abriendo a la posibilidad de que en alguna situaciones y momentos concretos la situación, o incluso desde el propio reconocimiento global de la misma, y por ende de la prestación, no implique el cese de toda jornada laboral, sino una conversión de una

jornada completa a una jornada parcial, dando un nuevo sentido a la incapacidad parcial que ya existe en nuestro ordenamiento jurídico. Naturalmente, no será aplicable a todas las IT por enfermedad común, ni a todos los momentos de la prestación, pero sí a algunas, y sería deseable que esta consideración de parcialidad se trasladara asimismo a la incapacidad permanente, reconociendo situaciones en las que una persona empleada puede trabajar una fracción de su jornada, pero no el tiempo completo de la misma.

Es evidente que esta nueva regulación legal ha de hacerse con la necesaria precisión para evitar la picaresca, ya que esta nueva incapacidad parcial puede ser buscada para conseguir reducir jornadas demasiado agobiantes, o para sustituir las reducciones de jornada que antes existían en algunas profesiones para los mayores de una determinada edad. La regulación debe pactarse con los empleadores, para evitar que las nuevas situaciones compliquen de forma inaceptable la gestión de los recursos humanos, pero no puede aceptarse que una regulación legal no pueda disminuir costes al erario público, en este caso a la Seguridad Social, por problemas organizativos de las empresas o por el deseo de los empleados de cesar por completo en la actividad laboral para anticipar una jubilación que cada vez se va a realizar a una edad mayor.

5.2. El derecho a la recolocación en casos de incapacidad.

En estos momentos, nuestro ordenamiento jurídico reconoce el derecho de un trabajador afectado por incapacidad permanente total a ser recolocado en un puesto de trabajo si el convenio colectivo así lo prevé. De hecho, la debida intensidad de la normativa española ha sido puesta en cuestión por una reciente sentencia, de 18 de enero de 2024, del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, que ha determinado que debe obligarse al

empresario a verificar que no existe un puesto de trabajo que sea compatible con las dolencias que han determinado la incapacidad permanente.

Abundan los litigios y las diferentes interpretaciones, incluso por distintos órganos jurisdiccionales, sobre como se interpreta la profesión habitual, que fundamenta la incapacidad permanente total para la misma. Y desde luego no existe demasiada aplicación del derecho a la recolocación en otros puestos de trabajo en situaciones de incapacidad temporal.

Desde el punto de vista de una gestión adecuada de la incapacidad temporal, habría parte de las disposiciones que se regulan para la incapacidad permanente que deberían extenderse a la incapacidad temporal, por ejemplo en el caso de enfermedades crónicas que curan con agravamiento. Y habría situaciones estipuladas para el accidente de trabajo o la enfermedad profesional que deberían trasladarse a la incapacidad por enfermedad común. Si un puesto de trabajo no es compatible con determinadas dolencias, es mejor la recolocación antes de que se produzca un estado permanente de incapacidad. En todo caso, la obligación de que sea el convenio colectivo el acuerdo dónde si indica el derecho a la recolocación no es más razonable que una regulación general, aunque sea más flexible, sobre todo cuando la discusión sobre cual es el convenio aplicable en función de su ámbito no es pacífica en nuestro país, y ha sido objeto de modificaciones en función de la alternancia política o del diferente peso de los partidos nacionalistas en la política española.

Desde el punto de vista del sistema de Seguridad Social, pero también de una criteriología razonable sobre el papel que juega la actividad personal en el bienestar personal y social, la normativa debería primar en todo caso el derecho a la recolocación, siendo la salida del mercado de trabajo la última solución a aplicar. No solo en los casos de accidente de trabajo, enfermedad profesional o enfermedad del trabajo, sino en cualquier enfermedad en las que no exista sospecha de comportamiento negligente de la persona afectada. Este derecho a recolocación debería complementarse con

incentivos generosos a la recolocación en puestos de trabajo a cargo de otros empleadores de las personas con grados de incapacidad variable. Una vez más, lo determinante no ha de ser la capacidad que falta al trabajador, sino la capacidad que le queda para seguir ocupando puestos en los que su autoestima no resulte limitada, y pueda seguir colaborando al bienestar social.

5.3. Los incentivos en los convenios.

En todos los textos de la Seguridad Social de los últimos veinte años se contemplan referencias al hecho de que en numerosos convenios colectivos siguen incluyéndose compromisos de complementar hasta el 100% las remuneraciones de los empleados en situación de incapacidad temporal por enfermedad común. Esta referencia se repite asimismo en los documentos de las Mutuas Colaboradoras, de AMAT, o de la propia CEOE. Pese a esto, la organización empresarial ha conseguido reducir en algo la presencia de estos beneficios en los convenios sectoriales de ámbito nacional, pero conforme vamos descendiendo en el ámbito de aplicación a menor número de trabajadores, en los convenios provinciales, de empresa, etc, los beneficios siguen subsistiendo.

En el Derecho del Trabajo que se aplica en nuestro país, la Administración no podría prohibir legalmente que estas medidas se aplicaran. Sería muy dudosa que tuviera fundamento legal una actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o de otra autoridad laboral que prohibiera estos incentivos, a no ser que pudiera sospecharse una relación con un intento de derivar salarios (por ejemplo, en situaciones de crisis empresarial) hacia las prestaciones. Cosas más raras se han visto.

En este sentido, la única medida legal que pudiera aplicarse sería establecer un recargo de la cotización a la Seguridad Social para los empleadores que utilicen estos incentivos, de importe similar al

desembolso realizado, y con una finalidad conexas con la prevención de riesgos laborales, que pudiera ser administrado por la administración competente (Comunidad Autónoma) o la Mutua Colaboradora. Si una medida así se implementa, veríamos como estos beneficios desaparecerían rápidamente de la negociación colectiva. Recordemos la disminución de las aportaciones a fondos de pensiones realizadas por empresas en el momento en que quedaron sometidas a cotización de la Seguridad Social.

5.4. La cuantía de la prestación : A modo de conclusión, reflexión final

Y con todas las modificaciones en la configuración de la prestación, es evidente que en todo caso no puede resultar más atractivo estar fuera de la actividad laboral que dentro de la misma. Durante toda la evolución del sistema de protección social hemos aceptado topes y reducciones a algunas prestaciones sustitutorias del salario, siendo por ejemplo en el desempleo dónde la situación familiar y de rentas del desempleado operan con mayor intensidad. Las modificaciones no necesitan ser drásticas, podrían tomar como punto de partida la necesidad de unificar el tratamiento de la incapacidad temporal en los regímenes a extinguir de Clases Pasivas, MuGeJu e ISFAs con los de los Regímenes de Seguridad Social, y pueden atenuarse con el establecimiento de prestaciones parciales en tiempo, que sean compatibles con el desarrollo de parte de la jornada, bien en momentos de recuperación, o incluso bien desde el inicio. También pueden atenuarse para los casos en los que la renta salarial de la persona en situación de incapacidad temporal es el único sostenimiento de la unidad familiar. Todo ello sin generar la cultura de que sea más rentable económicamente la incapacidad temporal que la actividad, con el añadido de suprimir el esfuerzo físico e intelectual que comporta el trabajo. De la misma forma que modificamos el procedimiento de cálculo de la incapacidad permanente para que no pudiera constituir una vía perversa alternativa a los requisitos crecientes de la pensión de jubilación, ahora necesitamos hacer sostenible el sistema de pensiones para conseguir que las prestaciones complementarias no tengan

indicadores de crecimiento más altos que las propias pensiones y los salarios.

Esto es especialmente necesario en el caso de las personas empleadas que multiplican sus situaciones de incapacidad temporal. Desde un planteamiento simplista de la prestación, quienes defienden por sistema todos y cada uno de los abusos indican que estamos ante la presencia de enfermedades crónicas, pero esto no se corresponde siempre con la realidad. La configuración de la prestación debería realizarse partiendo de la base de que si no existe una enfermedad crónica, la multiplicación de situaciones de incapacidad temporal debe suponer una disminución de la cantidad percibida.

Es evidente que la Administración está intentando habilitar medidas que hagan frente al incremento del gasto. En su momento aumentaron los efectivos de los servicios médicos de la Administración de Seguridad Social, y ahora está consolidándose su autoridad funcional. La alternativa a estas medidas de reforma es asistir impasibles a un crecimiento desbocado de los costes, hasta un momento en el que la inversión del ciclo económico permita a los empleadores ejercer el control de las situaciones. Cuando esto suceda, lamentaremos no haber generado una normativa acordada que evite abusos contradictorios con los que ahora estamos contemplando. Y no imaginemos que en el desarrollo de grandes modificaciones legales, ajenas a nuestra cultura de protección social, está la solución. Durante años, por terminar con estas reflexiones, hemos escuchado defensas firmes y solventes de otros modelos de gestión de la prestación, como por ejemplo la existencia de mutuas únicas para cada sector de actividad, o de profesionales médicos que en cada centro de atención primaria de salud se ocupen en exclusiva de la tramitación de las bajas por incapacidad temporal. Hoy es el día que los países que gestionan la IT por enfermedad común con estos procedimientos encabezan las estadísticas de la Unión Europea por gasto en Incapacidad Temporal en porcentaje de PIB (Alemania, Países Bajos, más del 2% del PIB). Debemos reconocerlo, no hay soluciones mágicas, ni grandes reformas, ni deberíamos encontrarnos ante la tesitura de aplicar recortes generalizados e indiscriminados.

Porque si cabe extraer tres conclusiones generales de estas líneas, serían muy sencillas:

- 1) Estamos en una situación en la que el uso de la prestación se entremezcla preocupante con una evolución de indicadores de gasto que hace presumible un abuso creciente.
- 2) Todas las medidas que se pongan en marcha no exigen un acuerdo social, pero tampoco pueden suponer la negativa de la Administración a actuar regulando adecuadamente el problema, por entender falazmente que el abuso en la incapacidad temporal es una contraprestación de otros presuntos abusos en las relaciones laborales. Deben adoptarse medidas que no estén sometidas a la derogación cuando se produzcan alternancias políticas, o imposibilidad práctica de desarrollarlas por la oposición de empleadores o empleados.
- 3) Ninguna medida tendría eficacia práctica si no somos capaces de generar una cultura que reconozca que el estado de salud y la capacidad de trabajar deben complementarse, y que generar condiciones y jornadas de trabajo que disminuyan la salud de los empleados es tan negativo como simular o exagerar trastornos de salud para escapar de estas condiciones y jornadas.

Debemos conseguir por tanto aplicar medidas que alcancen un consenso social implícito, y explicarlas a una sociedad reticente, pero que desea una Seguridad Social funcionando adecuadamente.

“Dixi et salvasi animam meam”

Octavio Granado Martínez

Burgos, 14 de mayo de 2.024

