



Guía Sindical para representantes: Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social

GUIA






Guía Sindical para representantes: Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social



**Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC**

The background features a large, light blue graphic of a hand holding a globe. The hand is positioned as if supporting the globe from below. The globe is partially visible, showing curved lines representing latitude and longitude. The overall color palette is light blue and white, with two solid teal rectangular blocks on the left and right sides.

EDITA
Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

DISEÑA e IMPRIME
Blanca Impresores S.L. 95 319 11 02

Depósito Legal: M-5926-2016



**Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC**

**Guía Sindical para representantes:
Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social**

Autores

Juan Antonio Maldonado Molina

Profesor Titular de Universidad.

*Departamento: Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
de la Universidad de Granada*

Isabel María Villar Cañada

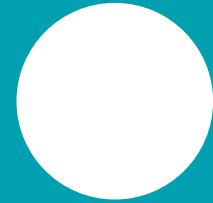
Profesora Contratada Doctora (habilitada para Titular)

*Área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Jaén*

Índice

1. El Sistema de Seguridad Social: configuración, financiación y acción protectora	7
2. El modelo de gestión del Sistema Español de Seguridad Social: Gestión directa y sujetos privados colaboradores	35
3. Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales	51
4. Conceptos y requisitos de Constitución de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.....	65
5. Estructura Orgánica	81
6. Dinámica de funcionamiento	101
7. Régimen económico de las Mutuas	117
8. Control de su funcionamiento.....	149
9. La Acción Protectora de las Mutuas	161
10. La Actividad Mutual en Prevención de Riesgos Laborales: ¿Confusión, separación, cooperación?	185
11. Órganos de participación de los Trabajadores en el Control de la Gestión de las Mutuas	203
12. El horizonte de las Mutuas: Qué modelo de Futuro (bastante menos, pero mejores ¿y distintas?).....	231





El Sistema de Seguridad Social: configuración, financiación y acción protectora

1

ÍNDICE

- A. Contenido
- B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO

ÍNDICE

1. Introducción: el bloque contributivo y el no contributivo
2. La acción protectora del Sistema de Seguridad Social. Las ramas de prestaciones del Régimen General de Seguridad Social más relacionadas con la acción de las Mutuas:
 - 2.1 Las prestaciones económicas
 - 2.1.1 Subsidios: Incapacidad Temporal. Riesgo durante el embarazo y durante la lactancia. Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
 - 2.1.2 Pensiones: Incapacidad Permanente
 - 2.2 Las prestaciones en especie: asistencia sanitaria

1. INTRODUCCIÓN. EL BLOQUE CONTRIBUTIVO Y EL NO CONTRIBUTIVO

El artículo 41 CE establece la obligación de los poderes públicos de mantener “un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”. La Seguridad Social queda configurada, pues como función del Estado, que asume competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas (art. 149.1.17 CE).

Del precepto constitucional se pueden extraer una serie de características que identifican a nuestra Seguridad Social

1. Su **carácter público**: No obstante se admite la existencia de “prestaciones complementarias libres” que podrán otorgar sujetos públicos o privados, con afán de lucro o sin él y que no se integran dentro del Sistema de Seguridad Social ni pueden sustituirlo, sino que simplemente lo complementarán. Este alcance del carácter público de la Seguridad Social también se pone de relieve en materia de gestión. Junto a las Entidades Gestoras públicas, se admite la colaboración de otros sujetos –públicos o privados-: Mutuas y empresas.
2. La **suficiencia** de la protección dispensada por el Sistema, un aspecto éste que constituye uno de los principales puntos débiles de nuestra Seguridad Social.
3. El principio de **universalidad subjetiva**: La protección se ha de extender a todos los ciudadanos, pero evidentemente la intensidad de la misma es diferente según si el sujeto en cuestión ha cotizado o no previamente.

Con esta base constitucional, el desarrollo legal del derecho a la Seguridad Social se llevó a cabo por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Esta norma estructura el Sistema de Seguridad Social en varios regímenes (art. 9 LGSS), a pesar del principio de unidad y homogeneidad con el Régimen General al que debe tender la ordenación de nuestra Seguridad Social (art. 10.5 LGSS):

- Un **Régimen General**, en el que van a integrar los trabajadores por cuenta ajena –y asimilados- de la industria y del sector servicios, salvo que una norma los incluya expresamente en alguno de los Regímenes Especiales.
- Cinco **Regímenes Especiales**, establecidos en aquéllas actividades en las que por su naturaleza, por sus especiales condiciones de tiempo y lugar o por la índole de sus procesos productivos, se hiciere preciso tal establecimiento para la adecuada aplicación de los beneficios de la Seguridad Social (art. 10 LGSS).
 - o Régimen Especial del Mar
 - o Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos
 - o Régimen Especial de Funcionarios

- Régimen Especial de Estudiantes
- Régimen Especial de la Minería del Carbón.

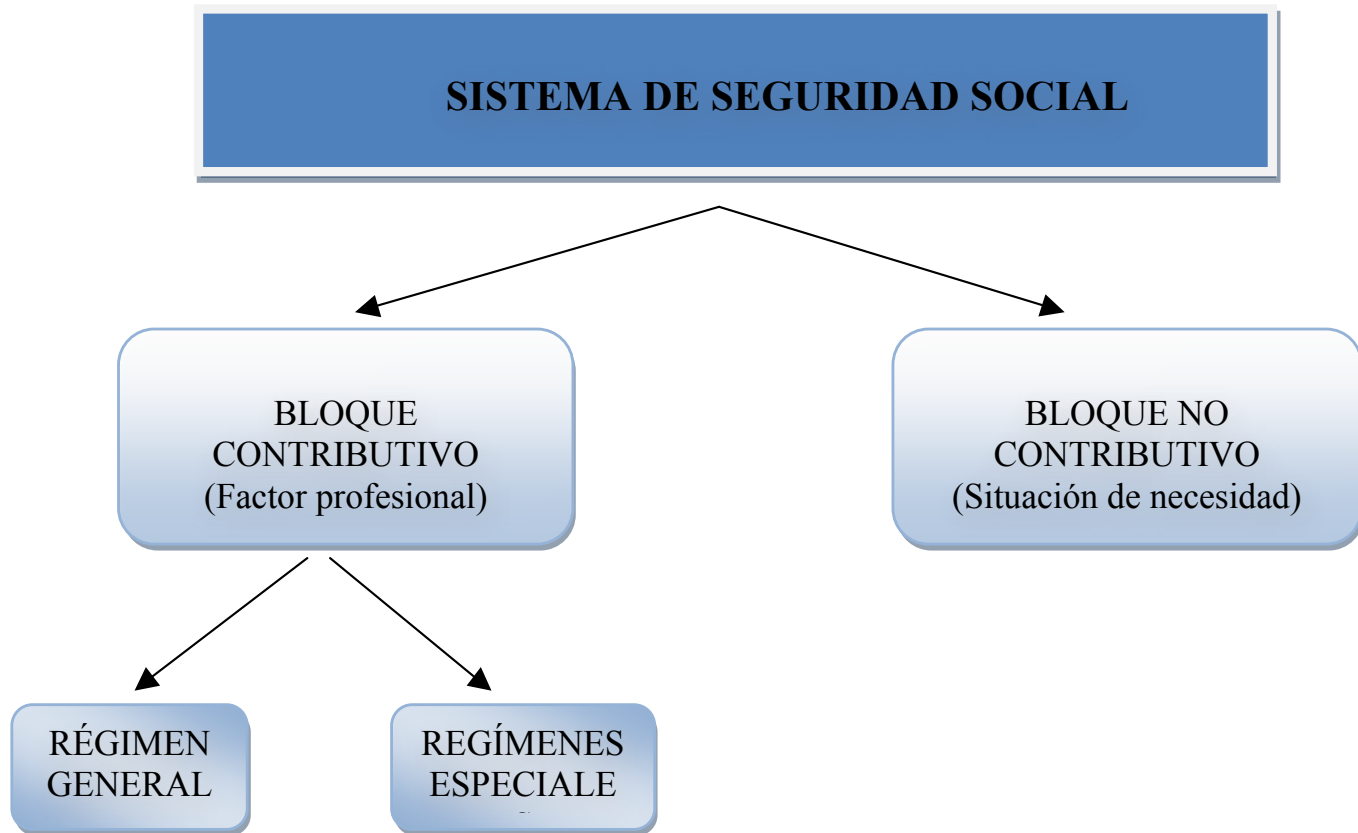
A partir del 1 de enero de 2012, desaparecieron de nuestro Sistema de Seguridad Social el Régimen Especial de Empleadas/os de Hogar (Ley 27/2011, de 1 de agosto) y el Régimen Especial Agrario (Ley 28/2011, de 22 de septiembre), quedando integrados los colectivos de trabajadores afectados en el Régimen General de la Seguridad mediante sendos Sistemas Especiales (art. 11 LGSS).

1.1. El bloque contributivo y el no contributivo

Actualmente el Sistema de Seguridad Social aparece dividido en dos subsistemas o bloques:

- El **Bloque Contributivo**, que es el principal o básico, y que se basa en el principio de profesionalidad. Va a proteger a los sujetos que previamente han cotizado y lo han hecho durante el tiempo establecido legalmente. Su financiación se realiza principalmente con las cotizaciones de los sujetos obligados –trabajadores y empresarios- y, junto a ellas, con el resto de los recursos previstos en el art. 86.1 LGSS.
- El **Bloque no contributivo**, más residual, desarrollado por Ley 26/1990. Basado en el principio de universalidad, el criterio determinante para otorgar la protección va a ser el de “situación de necesidad” de los individuos. Nos encontramos ante un subsistema protector mucho más limitado tanto por las situaciones protegidas –invalidez, jubilación, cargas familiares- como por la intensidad protectora, puesto que las prestaciones son de cuantía fija, establecida legalmente (para este año 2015 la cuantía de las pensiones de jubilación e invalidez no contributivas es de 366,90 €/mes (5136,60 €/año). Respecto a la prestación no contributiva por hijo a cargo su cuantía depende de la edad y de la discapacidad del hijo, oscilando entre 291 €/año en los casos de hijo menor de 18 años no discapacitado hasta 6.604,80 €/año con hijo mayor de 18 años y afectado por un grado de discapacidad igual o superior al 75% y necesidad de otra persona). La financiación se realiza exclusivamente con aportaciones del Estado.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL



2. LA ACCIÓN PROTECTORA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL. LAS RAMAS DE PRESTACIONES DEL RÉGIMEN GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL MÁS RELACIONADAS CON LA ACCIÓN DE LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

Se entiende por acción protectora el conjunto de prestaciones que un sistema de Seguridad Social ofrece al colectivo protegido por él. En nuestro ordenamiento jurídico, el ámbito de la acción protectora se establece en el art. 38 LGSS, que contiene una relación de las situaciones protegidas. Éstas son Incapacidad Temporal, Maternidad y Paternidad, Riesgo durante el embarazo y durante la lactancia, Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, Incapacidad permanente, Jubilación, Muerte y Supervivencia, Desempleo y Cargas familiares.

No obstante no se trata de una lista cerrada, sino que queda abierta la posibilidad de que se otorguen otras prestaciones en aquéllas situaciones que se determinen reglamentariamente (por esta vía la LPGE para 2011 aprobó la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (Capítulo IV sexies del Título II LGSS), cuya gestión y pago corresponde a la entidad gestora o Mutua con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales).

Pues bien, dentro de esta acción protectora vamos a destacar aquellas prestaciones del Régimen General más relacionadas con la actuación de las Mutuas.

2.1 Prestaciones económicas

2.1.1 Subsidios

Los subsidios son prestaciones periódicas, dirigidas a satisfacer necesidades con carácter no permanente y cuya duración, limitada en el tiempo, viene determinada legalmente.

a. INCAPACIDAD TEMPORAL (arts. 128 y ss LGSS)

- Concepto

Alteración de la salud del trabajador, cualquiera que sea su causa, por la que recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y le impide temporalmente el desempeño de su trabajo durante el tiempo máximo fijado legalmente.

- Situaciones protegidas

1. Las debidas a enfermedad común o profesional o a accidente sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de 365 días prorrogables por 180 días más cuando se presuma que en ese tiempo el trabajador puede ser dado de alta por curación.
2. Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos. La duración es de 6 meses, prorrogables por otros 6 más cuando se considere necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

- Requisitos

1. **Subjetivos:** el sujeto ha de estar afiliado y en alta o situación asimilada en el momento en que se produzca la alteración de la salud.
2. **Carencia:**
 - a. **IT derivada de accidente, sea o no de trabajo, y enfermedad profesional:**
no se exige período previo de cotización
 - b. **IT derivada de enfermedad común:**
180 días cotizados en los 5 años anteriores al hecho causante.

- Contenido

La prestación económica de IT consiste en un subsidio diario dirigido a paliar el defecto de ingresos derivado de la imposibilidad del sujeto para prestar su trabajo. Su cuantía es el resultado de dos elementos:

a. Base reguladora (BR):

1. IT derivada de contingencias comunes.

Es la base de cotización por contingencias comunes del mes anterior a la fecha de inicio de la incapacidad. Al ser un subsidio diario, esa base de cotización (mensual) se dividirá por el nº de días cotizados, si se trata de trabajadores con retribución diaria, o por 30, si la retribución es mensual.

2. IT derivada de contingencias profesionales (incluidos los períodos de observación).

La BR será la suma de:

- I. La base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior, excluido el importe de las horas extras.
- II. El promedio de la suma de las percepciones por horas extras de los 12 meses anteriores al inicio de la IT.

Del mismo modo anterior, la cantidad obtenida (mensual) habrá que transformarla en diaria.

b. Porcentajes:

1. IT derivada de contingencias comunes:

- I. Del 4º al 20º día de la baja: 60% BR
- II. Del día 21º en adelante: 75% BR

2. IT derivada de contingencias profesionales (incluidos períodos de observación):

75% BR.

- Dinámica de la prestación

a. Nacimiento:

1. IT derivada de contingencias comunes:

- I. Los tres primeros días desde la baja no son objeto de cobertura por la Seguridad Social.
- II. Del día 4º al 15º, la prestación de IT corre a cargo del empresario
- III. A partir del día 16º la prestación es abonada por el empresario, pero a cargo de la Seguridad Social, resarcándose posteriormente del importe de lo abonado en la correspondiente liquidación de cuotas (pago delegado).

2. IT derivada de contingencias profesionales.

El derecho a prestación nace el día siguiente al de la baja, estando a cargo del empresario el salario íntegro de este día.

En las situaciones de huelga y cierre patronal no nace el derecho al subsidio por IT hasta que no finalicen esas situaciones. Sin embargo, cuando el hecho causante se ha producido con anterioridad al cese en el trabajo, el subsidio que se está percibiendo sí seguirá abonándose.

b. Duración:

1. IT derivada de enfermedad o accidente.

365 días prorrogables por 180 días más cuando se prevea que en ese tiempo el trabajador puede ser dado de alta por curación. Finalizada la duración máxima y la prórroga cesa la obligación empresarial de pago delegado y la obligación de cotizar. Producida esa finalización, en el plazo de tres meses se ha de examinar el estado del individuo a efectos de su calificación o no como incapacitado permanente. En los casos en que sea conveniente continuar con el tratamiento médico y demorar esa calificación, ésta podrá retrasarse, pero nunca podrán rebasarse los 730 días desde la fecha de inicio de la IT.

Es necesario aludir a los supuestos de **recaida**. Por tal se entiende volver a caer de nuevo enfermo por la misma patología que motivó la baja inicial, o proceso directamente relacionado con la misma. En estos casos se procederá a la acumulación de los sucesivos períodos de IT hasta alcanzar su duración máxima. Es decir, las sucesivas bajas no generan un nuevo derecho a prestación, sino sólo la continuación de la anterior.

Esta regla sólo tiene dos excepciones: cuando así lo decida el INSS y aquellos supuestos en que, una vez dado de alta el trabajador, éste recupera su capacidad para el trabajo durante un tiempo superior a 180 días. En estos casos la nueva baja, sea cual sea su causa, produce la apertura de un nuevo proceso de IT.

2. IT derivada de períodos de observación por enfermedad profesional.

6 meses, prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

c. Extinción:

1. Transcurso del plazo máximo legal
2. Alta médica del trabajador, con o sin declaración de IP
3. Reconocimiento del derecho del beneficiario a la pensión de jubilación
4. Fallecimiento del beneficiario
5. Incomparecencia injustificada a exámenes o reconocimientos del INSS o de la Mutua correspondiente.

d. Suspensión:

1. Actuación fraudulenta del beneficiario para obtener o conservar el derecho.
2. Trabajo por cuenta propia o ajena del beneficiario.
3. Rechazo o abandono por el beneficiario del tratamiento indicado sin causa razonable.

- Procedimiento

La tramitación de las situaciones derivadas de una IT se hace en torno a tres documentos (parte de baja, confirmación de la baja y, alta), expedidos por el facultativo de la Seguridad Social o, en su caso, de la Mutua. Las últimas reformas operadas en esta materia tienen como objetivo destacado la lucha contra la irregularidad y la disminución de los niveles de fraude que caracterizan a este ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social. Entre las medidas adoptadas este sentido se encuentra el reforzamiento del papel desempeñado por los facultativos del INSS y de las Mutuas en materia de control de los procesos. Esta materia será analizada en posteriores unidades temáticas.

b. RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y DURANTE LA LACTANCIA (arts. 134 a 135 ter LGSS).

- Situación protegida

Períodos de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la trabajadora cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, según lo previsto en el art. 26.3 LPRL, tal cambio no resulte técnica u objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

Así, en los casos en los que una trabajadora embarazada o en período de lactancia desempeñe un puesto de trabajo del que, según la correspondiente evaluación de riesgos, pueda emanar riesgo para su salud o para la del niño:

- La primera opción prevista por la LPRL es la obligación empresarial de adaptación de dicho puesto para eliminar el riesgo.
- Si ello no es posible, como segunda opción la trabajadora habrá de ser cambiada de puesto de trabajo a otro compatible con su estado.
- Sólo cuando esta segunda opción tampoco sea factible será cuando proceda la suspensión del contrato por riesgo y el percibo, en su caso, de la correspondiente prestación

- Requisitos

1. **Subjetivos:** encontrarse afiliada y en alta o situación asimilada
2. **Carencia:** la LO 3/2007 para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres estableció la naturaleza profesional de esta contingencia, lo que no se exige ningún período de cotización previo.

- Contenido

La prestación consiste en un subsidio diario equivalente al 100% de la base reguladora, que va a ser la prevista para la prestación de IT derivada de contingencias profesionales.

- Dinámica

El subsidio nace el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo, abonándose durante todo el período necesario para garantizar la seguridad y salud de la trabajadora, del feto o del lactante.

La extinción se producirá:

1. Suspensión del contrato de trabajo por maternidad
2. Cumplimiento por el hijo de los 9 meses de edad (lactancia natural)
3. Reincorporación de la trabajadora a su puesto de trabajo o a otro compatible con su estado
4. Finalización del contrato de trabajo en virtud de las causas legalmente establecidas
5. Interrupción del embarazo o de la lactancia natural (difícil de demostrar en este segundo caso)
6. Fallecimiento de la beneficiaria.

Como causas de suspensión encontramos:

1. La actuación fraudulenta para obtener o conservar el derecho a la prestación
2. Realización de cualquier actividad incompatible con el estado de la trabajadora

- Gestión

La gestión y el pago de la prestación corresponde a INSS o a la Mutua con la que el empresario tenga concertada la cobertura de las contingencias profesionales.

c. CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

- Situación protegida

La LPGE para 2011 introdujo una nueva prestación dentro de la acción protectora del Sistema de Seguridad Social para aquellos casos en que, trabajando ambos progenitores o acogedores, el menor a su cargo esté afectado por cáncer o cualquier otra enfermedad grave de las incluidas en el listado del anexo del RD 1148/2011, de 29 de julio, que implique un ingreso hospitalario de larga duración que requiera su cuidado directo, continuo y permanente, durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad.

Se considera como ingreso hospitalario de larga duración, la continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en domicilio tras el diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave.

- Requisitos

El beneficiario de la prestación ha de tener reducida su jornada de trabajo al menos en un 50%, equiparándose el resto de requisitos a los previstos para la maternidad contributiva.

Cuando en ambos progenitores, adoptantes o acogedores concurren los requisitos para poder percibir la prestación, la misma sólo podrá reconocerse a uno de ellos, si bien se regula la posibilidad de que ambos puedan turnarse en el disfrute del derecho.

- Contenido

La prestación económica consistirá en un subsidio equivalente al 100 % de la base reguladora equivalente a la establecida para la prestación de incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales, y en proporción a la reducción que experimente la jornada de trabajo.

- Dinámica

El nacimiento de la prestación se producirá cuando el beneficiario haya reducido su jornada en los términos analizados, para atender al cuidado del menor enfermo.

La extinción se producirá:

1. Cuando cese la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente, del hijo o del menor acogido por parte del beneficiario, previo informe del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario correspondiente de la CCAA.
2. Cuando el menor cumpla 18 años.

- Gestión

La gestión y el pago de la prestación económica corresponden a la Mutua o a la Entidad Gestora con la que el empresario tenga concertada la cobertura de las contingencias profesionales.

CUADRO RESUMEN. SUBSIDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN CUYA GESTIÓN PUEDEN PARTICIPAR LAS MUTUAS

	AFILIACIÓN Y ALTA	CARENCIA	CUANTÍA DE LA PRESTACIÓN
INCAPACIDAD TEMPORAL	SI	-ACCID. O ENFERMEDAD PROFESIONAL: No - ENFERMEDAD COMÚN: 180 días en 5 años anteriores al hecho causante	-CONTINGENCIAS COMUNES: Días 4° a 20°: 60% BR Días 21 y ss: 75% BR -CONTINGENCIAS PROFESIONALES: 75% BR
RIESGO POR EMBARAZO/ LACTANCIA	SI	No	100% BR
CUIDADO DE HIJOS ENFERMOS	SI	Según edad del beneficiario: - Menor 21 años: No - Entre 21 y 26: 90 días en 7 años anteriores al hecho causante (o 180 días en toda la vida laboral) - Mayores 26 años: 180 días en 7 años anteriores al hecho causante (o 365 en toda la vida laboral)	100% BR (parte proporcional según la reducción de jornada de trabajo del beneficiario)

2.1.2 Pensiones

Las pensiones son prestaciones económicas periódicas de duración larga e indeterminada en el tiempo.

a. INCAPACIDAD PERMANENTE (arts. 136 y ss LGSS)

- Situación protegida

Situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. La posibilidad de curación no impide la declaración de IP cuando la misma sea incierta o a largo plazo.

- Grados

La IP, con independencia de su causa, se clasifica en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del interesado en 4 grados, cada uno de los cuales da derecho a una correspondiente prestación:

- 1) **IP parcial:** Aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.
- 2) **IP total:** La que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.
- 3) **IP absoluta:** La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.
- 4) **Gran Invalidez:** situación del trabajador afectado de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

- Prestaciones

1. PRESTACIÓN DE IP PARCIAL

a. Requisitos

- **Subjetivos:**
 - Estar afiliado y en alta o situación asimilada
 - No haber cumplido 65 años o, en su caso, no reunir los requisitos para acceder a la pensión de jubilación contributiva
- **Carencia:**
 - IP Parcial derivada de accidente, sea o no de trabajo, o enfermedad profesional: no se exige período de carencia.
 - IP parcial derivada de enfermedad común: 1800 días cotizados en los 10 años anteriores al hecho causante

b. Contenido:

La prestación consiste en una cantidad a tanto alzado equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora utilizada para el cálculo de la IT bien de la que deriva la IP o bien, si no existió IT previa, de la que hubiera correspondido de haber tenido derecho a esa prestación.

2. PRESTACIÓN DE IP TOTAL

a. Requisitos

- **Subjetivos:**
 - Estar afiliado y en alta o situación asimilada
 - No haber cumplido la edad legal de jubilación o, en su caso, no reunir los requisitos para acceder a la pensión de jubilación contributiva
- **Carencia:**
 - IP parcial derivada de accidente, sea o no de trabajo, o enfermedad profesional: no se exige período de carencia.
 - IP parcial derivada de enfermedad común: el período de cotización exigido varía según la edad del interesado

- * Menor de 31 años: al menos, la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los 16 años y la del hecho causante.
- * Con 31 años o más: un cuarto del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los 20 años y la del hecho causante, con un mínimo, en todo caso, de 5 años. Un quinto del período de cotización exigible debe estar comprendido en los 10 años inmediatamente anteriores al hecho causante o en los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha en que cesó la obligación de cotizar, si se accede a la pensión desde una situación de alta o asimilada, sin obligación de cotizar.

b. Contenido

La prestación es una pensión, equivalente al 55% BR que corresponda según cuál sea el origen de la incapacidad. Dicho porcentaje puede incrementarse en un 20% más para los mayores de 55 años cuando, por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual (IP Total Cualificada).

La **determinación de la BR** es distinta según la causa que origine la IP.

1. IP total derivada de enfermedad común

- ***Trabajador mayor de 52 años y menor de 65 en la fecha del hecho causante:***
 - a) Cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del hecho causante. El cómputo de dichas bases se realizará conforme a las siguientes reglas:
 - Las bases de los 24 meses anteriores al mes previo al del hecho causante se computan en su valor nominal.
 - Las restantes bases se actualizarán de acuerdo con la evolución del IPC, desde los meses a que aquéllas correspondan hasta el mes inmediato anterior a aquél en que se inicie el período de bases no actualizables a que se refiere el párrafo anterior.

- b) *Al resultado obtenido, se le aplicará el porcentaje que corresponda en función de los períodos de cotización acreditados, según las reglas previstas para la pensión de jubilación en el art. 163.1 LGSS, considerándose a tal efecto como cotizados los años que le falten al trabajador, en la fecha del hecho causante, para cumplir la edad ordinaria de jubilación. En caso de no alcanzarse 15 años de cotización, el porcentaje aplicable será del 50%.*
- c) El importe resultante de las reglas anteriores constituirá la BR a la que, para obtener la cuantía de la pensión que corresponda, habrá de aplicarse el porcentaje previsto para el grado de incapacidad reconocido.

- ***Trabajador menor de 52 años en la fecha del hecho causante (al que se exige un período de cotización inferior a 8 años):***

La BR se obtendrá, de forma análoga al supuesto anterior, pero el cociente se hallará dividiendo la suma de las bases mensuales de cotización en número igual al de meses de que conste el período mínimo de cotización exigible, sin tener en cuenta las fracciones de mes, por el número de meses a que dichas bases se refieran, multiplicando este divisor por el coeficiente 1,1666, y excluyendo, en todo caso, de la actualización las bases correspondientes a los 24 meses inmediatamente anteriores al mes previo a aquél en que se produzca el hecho causante.

Si en el período a tomar en cuenta para el cálculo aparecieran meses durante los cuales no existiera la obligación de cotizar, las lagunas de cotización se integrarán con la base mínima de cotización del Régimen General vigente en cada momento para trabajadores mayores de 18 años. Cuando en alguno de los meses la obligación de cotizar exista sólo durante una parte del mes, procederá la integración señalada por la parte del mes en que no exista obligación de cotizar, siempre que la base de cotización correspondiente al primer período no alcance la cuantía de la base mínima mensual señalada. En tal supuesto, la integración alcanzará hasta esta última cuantía.

La BR será el cociente que resulte de dividir por 28 la suma de las bases de cotización del interesado durante un período ininterrumpido de 24 meses. Dicho período será elegido por el beneficiario dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a la fecha del hecho causante de la pensión.

2. IP total derivada de contingencias profesionales

La BR será el cociente de dividir por 12 los siguientes sumandos:

- Sueldo y antigüedad diarios del trabajador en la fecha del accidente o de la baja por enfermedad por 365 días.
Pagas extraordinarias, beneficios o participación, por su importe total en el año anterior al accidente.
- El cociente de dividir los pluses, retribuciones complementarias y horas extraordinarias percibidas en el año anterior al accidente, por el número de días efectivamente trabajados en dicho período. El resultado se multiplicará por 273, salvo que el número de días laborales efectivos en la actividad de que se trate sea menor, en cuyo caso, se aplicará el multiplicador que corresponda.

Cuando el trabajador sea menor de 60 años y se presuma que las lesiones determinantes de la incapacidad no van a ser objeto de revisión posterior, puede optar por sustituir la prestación periódica de IT total por una cantidad a tanto alzado, cuya cuantía varía según la edad del sujeto y oscila entre un máximo de 84 mensualidades de la pensión con menos de 54 años de edad y un mínimo de 12 mensualidades a los 59 años

3. PRESTACIÓN DE IP ABSOLUTA

a. Requisitos

- **Subjetivos:**
 - Estar afiliado y en alta o situación asimilada. No obstante, se admite la posibilidad de que no se exija este requisito a cambio de un endurecimiento de la exigencia de cotización previa.
 - No haber cumplido 65 años o, en su caso, no reunir los requisitos para acceder a la pensión de jubilación contributiva
- **Carencia:**
 - IP parcial derivada de accidente, sea o no de trabajo, o enfermedad profesional: no se exige período de carencia.
 - IP parcial derivada de enfermedad común: misma carencia que para la IP total.

No obstante, en los casos en los que la incapacidad derive de una situación de no alta del beneficiario el período de carencia exigido es de 15 años, de los cuales al menos 3 han de estar incluidos en los últimos 10.

b. Contenido

La prestación consiste en una pensión equivalente al 100% BR. La determinación de ésta se hace de la misma forma que la prevista para la IP total.

La única excepción se produce en los casos de IP derivada de accidente no laboral en los que el beneficiario proceda de una situación de no alta. En estos casos, la BR será el cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del hecho causante. El cómputo de dichas bases se realizará conforme a las siguientes reglas:

- Las bases de los 24 meses anteriores al mes previo al del hecho causante se computan en su valor nominal.
- Las restantes bases se actualizarán de acuerdo con la evolución del Índice de Precios al Consumo, desde los meses a que aquéllas correspondan hasta el mes inmediato anterior a aquél en que se inicie el período de bases no actualizables a que se refiere el párrafo anterior.

Si en el período a tomar en cuenta para el cálculo aparecieran meses durante los cuales no existiera la obligación de cotizar, las lagunas de cotización se integrarán con la base mínima de cotización del Régimen General vigente en cada momento para trabajadores mayores de 18 años. Cuando en alguno de los meses la obligación de cotizar exista sólo durante una parte del mes, procederá la integración señalada por la parte del mes en que no exista obligación de cotizar, siempre que la base de cotización correspondiente al primer período no alcance la cuantía de la base mínima mensual señalada. En tal supuesto, la integración alcanzará hasta esta última cuantía.

4. PRESTACIÓN DE GRAN INVALIDEZ

a. Requisitos:

Los mismos que los previstos para la IP absoluta

b. Contenido

La prestación consiste en una pensión cuya cuantía está formada por el importe de la pensión que corresponda por incapacidad permanente absoluta, incrementada con un complemento destinado a remunerar a la persona que atienda al beneficiario.

• *Importe del complemento:*

Será el resultado de sumar el 45% de la base mínima de cotización vigente en el Régimen General en el momento del hecho causante, cualquiera que sea el régimen en el que se reconozca la pensión, y el 30% de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la situación de incapacidad permanente.

En ningún caso, este complemento podrá tener un importe inferior al 45% de la pensión percibida -sin el complemento- por el trabajador.

En los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la prestaciones se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30% a un 50% cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas de seguridad e higiene en el trabajo. Dicho recargo recae directamente sobre el empresario infractor.

A efectos del cálculo del recargo queda excluido el importe del complemento de la pensión de gran invalidez destinado a remunerar a la persona que atienda al gran inválido.

- Suspensión de la prestación de IP

- 1) Cuando el beneficiario haya actuado de manera fraudulenta para obtener o conservar el derecho a las prestaciones.
- 2) Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de imprudencia temeraria del beneficiario.
- 3) Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de haber rechazado o abandonado, sin causa razonable, el tratamiento sanitario prescrito durante la situación de incapacidad temporal.
- 4) Cuando el beneficiario, sin causa razonable, rechace o abandone los tratamientos o procesos de readaptación y rehabilitación procedentes.

- Extinción

- 1) Por revisión con resultado de curación.
- 2) Por fallecimiento del beneficiario.
- 3) Por reconocimiento del derecho a la pensión de jubilación, cuando se opte por esta pensión.
- 4) Por revisión de oficio dictada por la Entidad gestora en alguno de los casos en que tal actuación esté legalmente permitida y de ella se derive la pérdida del derecho a la pensión.

- Gestión

La gestión de las prestaciones de IP es realizada, con carácter general, por el INSS. EL pago de las mismas se lleva a cabo por:

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) cuando la incapacidad permanente derive de enfermedad común, accidente no laboral o enfermedad profesional.
- El Instituto Nacional de la Seguridad Social o la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, en su caso, cuando derive de accidente de trabajo. En los casos de pensión vitalicia, será el INSS previa constitución por la Mutua del valor actual del capital coste de la pensión.

CUADRO RESUMEN. PRESTACION DE INCAPACIDAD PERMANENTE

GRADOS	TIPO DE PRESTACIÓN	CARENCIA	CUANTÍA
IP PARCIAL	CANTIDAD A TANTO ALZADO	<ul style="list-style-type: none"> - Accidente o enfermedad profesional: no - Enfermedad común: 1800 días en 10 años anteriores al hecho causante 	24 mensualidades de la base reguladora
IP TOTAL	PENSIÓN (Indemnización opcional en determinados casos)	<ul style="list-style-type: none"> - Accidente o enfermedad profesional: no - Enfermedad común: según edad del sujeto: <ul style="list-style-type: none"> *Menor de 31 años: 1/3 del tiempo entre los 16 años y el hecho causante *31 años o más: 1/ del tiempo entre los 20 años y el hecho causante (mín. 5 años). Al menos 1/5 de ese tiempo en 10 años anteriores al hecho causante 	55% BR (+ 20% en los casos de IP total cualificada)
IP ABSOLUTA	PENSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Accidente o enfermedad profesional: no - Enfermedad común: Igual que IP total (salvo cuando derive de una situación de no alta del beneficiario: 15 años cotizados, al menos 3 en los 10 años anteriores al hecho causante) 	100% BR

GRAN INVALIDEZ	PENSIÓN +COMPLEMENTO	Igual que IP absoluta	100% BR + Complemento (45% de la base mínima de cotización vigente en el Régimen General en el momento del hecho causante + 30% de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la situación de IP
-------------------	-------------------------	-----------------------	--

2.2. Prestaciones en especie. La asistencia sanitaria

Junto a la vertiente económica, gran parte de las contingencias incluidas en el Sistema son objeto de protección también desde la vertiente sanitaria.

La prestación de asistencia sanitaria es dispensada por el Sistema Nacional de Salud, formado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (sustituto del antiguo INSALUD) y por los Servicios de Salud autonómicos, ya que nos encontramos ante una materia competencia de las CCAA. No obstante, las Mutuas, en su papel de colaboradoras en la gestión de determinadas prestaciones de Seguridad Social, van a asumir también un papel destacado en la protección de la salud de los trabajadores asegurados, principalmente en el ámbito de las contingencias profesionales.

Respecto a la financiación se lleva a cabo vía impuesto, por tanto al margen de las cotizaciones de trabajadores y empresarios, siendo responsabilidad de las CCAA la financiación de las prestaciones previstas en la ley.

Se consideran “prestaciones de atención sanitaria” del SNS “el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigido a los ciudadanos”. El contenido de esta prestación se concreta en el denominado “Catálogo”, previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (arts. 7 a 11), concretado a su vez, con el carácter de prestaciones mínimas para toda España, por la “Cartera de Servicios Comunes” del SNS.

Las prestaciones sanitarias pueden clasificarse en:

- 1) Prestaciones de salud pública
- 2) Prestaciones médico-sanitarias: atención primaria, especializada y de urgencias,
- 3) Prestaciones farmacéuticas
- 4) Prestaciones complementarias: ortoprotésica, de productos dietéticos, transporte sanitario y oxigenoterapia.
- 5) Prestaciones instrumentales: documentación e información sanitaria

Pues bien, conforme a la legislación de Seguridad Social, las prestaciones sanitarias adquieren una mayor extensión e intensidad en el caso de aquéllas que derivan de contingencias profesionales, incluyéndose en ellas:

- El tratamiento médico y quirúrgico de las lesiones y dolencias sufridas.
- El suministro y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia que se consideren necesarios y los vehículos para inválidos
- La cirugía plástica y reparadora adecuada cuando, una vez curadas las lesiones producidas, hubieran quedado deformidades o mutilaciones en el beneficiario, cuando se produzca una “alteración importante” en el aspecto físico o dificulten su recuperación funcional para un empleo posterior.

Junto a ellas, hay que incluir también la obligación empresarial de vigilancia de la salud de sus trabajadores, mediante la realización de reconocimientos médicos, previos y periódicos.

B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER

ACCIÓN PROTECTORA: Conjunto de prestaciones que un sistema de Seguridad Social ofrece al colectivo protegido por él. Aparece prevista en el art. 38 LGSS.

BLOQUE CONTRIBUTIVO: Parte principal de la Seguridad Social que otorga protección sólo a quienes previamente han cotizado durante los períodos mínimos previstos legalmente, haciendo depender la intensidad protectora del previo esfuerzo de cotización del sujeto. Su financiación se realiza principalmente con las cotizaciones de trabajadores y empresarios.

BLOQUE NO CONTRIBUTIVO: Parte de la Seguridad Social que otorga protección a todos los ciudadanos, basándose para ello en la “situación de necesidad”. Su financiación se realiza vía presupuestaria.

CONTINGENCIAS PROFESIONALES: Situaciones de necesidad protegidas por la Seguridad Social que tienen su origen en la realización de un trabajo o actividad profesional.

INCAPACIDAD PERMANENTE: Situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

INCAPACIDAD TEMPORAL: alteración de la salud del trabajador, cualquiera que sea su causa, por la que recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y le impide temporalmente el desempeño de su trabajo durante el tiempo máximo fijado legalmente.

PENSIONES: Prestaciones económicas periódicas o de larga duración e indeterminada en el tiempo.

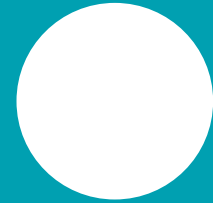
RÉGIMEN GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL: Conjunto normativo del Sistema de Seguridad Social que protege a los trabajadores por cuenta ajena de la industria y los servicios –y los asimilados a estos–, siempre que una norma no los haya incluido de manera expresa en alguno de los Regímenes Especiales.

REGÍMENES ESPECIALES DE SEGURIDAD SOCIAL: Establecidos en aquellas actividades en las que, por su naturaleza, sus peculiares condiciones de tiempo y lugar o por la índole de sus procesos productivos sea necesario ese establecimiento para la adecuada aplicación de los beneficios de la Seguridad Social.

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO/LA LACTANCIA: Períodos de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la trabajadora cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, según lo previsto en el art. 26.3 LPRL, tal cambio no resulte técnica u objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

SUBSIDIOS: prestaciones periódicas, dirigidas a satisfacer necesidades con carácter no permanente y cuya duración, limitada en el tiempo, viene determinada legalmente.





El modelo de gestión del
Sistema Español de Seguridad Social:
Gestión directa y
sujetos privados colaboradores

2

ÍNDICE

A. Contenido

B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO.

ÍNDICE

1. Las Entidades Gestoras: enumeración, organización y competencias

1.1. Entidades Gestoras

1.1.1 Enumeración y competencias

1.1.2. Organización

1.2. Servicios Comunes

1.3. Órganos de control

2. La colaboración en la gestión

2.1. La colaboración de las empresas (obligatoria y voluntaria)

2.2. Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social en nuestro país. Orígenes, razón de ser y existencia. Evolución y trascendencia cualitativa y cuantitativa –en números (datos estadísticos)-

1. LAS ENTIDADES GESTORAS: ENUMERACIÓN, ORGANIZACIÓN Y COMPETENCIAS

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 proclamó el principio de gestión pública, consciente ya entonces el legislador del compromiso del Estado en la protección social de los ciudadanos.

La actual configuración del modelo de gestión procede del RD-Ley 36/1978, de 18 de noviembre. Los objetivos fundamentales de la reforma operada por esta norma pueden sintetizarse en dos: por una parte, la simplificación y racionalización de las entidades encargadas de la gestión y, por otro, la implantación definitiva del principio de caja única en todo el Sistema.

Para la consecución de esos objetivos, el RD-ley modificó radicalmente el modelo de gestión precedente –Instituto Nacional de Previsión y Mutualidades Laborales- y creó un cuadro de entidades encargadas de las funciones gestoras, que, con alguna que otra reforma, son las vigentes en la actualidad:

- Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Instituto Nacional de la Salud
- Instituto Nacional de Servicios Sociales

Y junto a ellas, el Instituto Nacional de Empleo como organismo autónomo administrativo –denominado también entidad gestora por la LGSS, y el Instituto Social de la Marina, encargado de la gestión del Régimen Especial del Mar.

Por otra parte, el RD-ley consolidó a la Tesorería General de la Seguridad Social, como servicio común con personalidad Jurídica propia, en el que se unifican todos los recursos financieros.

Finalmente la gestión del Régimen Especial de Funcionarios Públicos se encomienda a otras entidades públicas: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial.

La actual LGSS (RD legislativo 1/1994) mantiene este modelo organizativo. Su artículo 57 encomienda la gestión y administración de la Seguridad Social a las Entidades Gestoras, bajo la dirección y tutela de los respectivos departamentos ministeriales, con sujeción a los principios de simplificación, racionalización, economía de costes, solidaridad financiera y unidad de caja, eficacia social y descentralización.

Respecto a la naturaleza jurídica de estas Entidades, se configuran como entidades de Dº Público, con capacidad jurídica para el cumplimiento de sus fines.

El modelo de gestión de la Seguridad Social es estatal, descentralizado funcionalmente, conservando los respectivos Ministerios facultades de tutela sobre las entidades gestoras. Entre ellas se incluyen:

- EL señalamiento de objetivos y directrices.
- La supervisión y control de su actuación
- La designación y cese de sus titulares

Para el cumplimiento de sus fines, las Entidades Gestoras gozan de una serie de prerrogativas, asimiladas en muchos casos a las de los organismos estatales. Así:

- La reserva de nombre.
- La exención tributaria absoluta, respecto a los actos que realicen o de los bienes que adquieran o posean afectados a sus fines.
- El beneficio de pobreza a efectos jurisdiccionales.

1.1. Entidades Gestoras

1.1.1. Enumeración y competencias

Las Entidades Gestoras existentes actualmente son las siguientes:

- 1) El Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS):** Es la principal Entidad Gestora. Adscrito al Ministerio Empleo y Seguridad Social, a él corresponde la gestión y administración de las prestaciones económicas contributivas (excepto la de desempleo) y la prestación por hijo a cargo no contributiva. Además es la entidad encargada del reconocimiento del derecho a las prestaciones, incluida la de asistencia sanitaria; la participación en la negociación de convenios internacionales de Seguridad Social y la pertenencia a asociaciones y organismos internacionales y la gestión del Fondo especial de Mutualidades de Funcionarios de la Seguridad Social.

En materia de incapacidad, de manera expresa se atribuye al INSS competencia sobre esta prestación concreta, incluyendo la evaluación, calificación y revisión de la incapacidad, la declaración de la extinción de la prórroga de los efectos económicos y la determinación de la responsabilidad de las Mutuas y empresas.

- 2) El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).** Adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a él corresponde la gestión y administración de las prestaciones económicas de jubilación e invalidez no contributiva, así como los servicios complementarios de las prestaciones de Seguridad Social para personas mayores y personas con discapacidad. No obstante, una vez transferidas a las CCAA las competencias en materia de gestión de los servicios sociales, el IMSERSO sólo las mantiene en Ceuta y Melilla.

Junto a estas competencias se añaden otras, no estrictamente de Seguridad Social, como el fomento de la cooperación con entidades que agrupan a personas mayores, el establecimiento y gestión de planes de servicios sociales de ámbito estatal en áreas de personas mayores y personas dependientes o las relaciones con organismos internacionales en materias de su ámbito de acción.

- 3) **El Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).** Adscrito al Ministerio de Empleo y Seguridad Social y sucesor del antiguo INEM. A él corresponde la gestión de la prestación por desempleo, incluyendo su reconocimiento, pago, suspensión o extinción del derecho a percibirla, la exigencia de la devolución de las prestaciones indebidamente percibidas....

Junto a ellas también le corresponden otras funciones como la de inspección de las posibles situaciones de fraude y de control del cumplimiento de la legislación vigente, la elaboración de estadísticas en materia de empleo a nivel estatal o la realización de estudios o investigaciones sobre el mercado de trabajo.

- 4) **El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).** Adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es el sucesor del originario INSALUD. Una vez concluido en 2002 el proceso de transferencia de competencias en materia de gestión sanitaria a las CCAA, su ámbito competencial actual es muy limitado, incluyendo funciones de organización y coordinación del Sistema Nacional de Salud –salvo en las ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en las que lleva a cabo la gestión de la prestación sanitaria-.

1.1.2. Organización

Como regla general –y salvo algunas particularidades- en la estructura orgánica de las distintas Entidades Gestoras puede distinguirse entre órganos de decisión, de carácter técnico, y órganos de participación, con funciones de control y vigilancia.

- Órganos de Decisión.

* Nivel Estatal. Son órganos de decisión la Dirección General, la Secretaría General y las Subdirecciones Generales. A la Dirección General corresponden las funciones de planificación, dirección e inspección. Su titular es nombrado por Decreto, a propuesta del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

* Nivel Provincial. Las Direcciones Provinciales.

- **Órganos de participación.** Son órganos tripartitos en los cuales están representados la Administración, los sindicatos más representativos y las organizaciones empresariales más representativas –con excepción del INGESA, donde también existe representación de los consumidores y usuarios-. Estos órganos son:

* Nivel Estatal:

1) Consejo General: Formado por 13 representantes de la Administración, 13 de los sindicatos y 13 de las asociaciones de empresarios. A él corresponde es establecimiento de los criterios de actuación, la redacción del anteproyecto de presupuesto y la aprobación de la Memoria anual. Su presidencia corresponde siempre a representantes de la Administración.

2) Comisión Ejecutiva. Formada por 3 representantes Administración, sindicatos y asociaciones empresariales

* Nivel Provincial

- Comisiones Ejecutivas Provinciales, con la misma composición que la Comisión central.

A las Comisiones Ejecutivas les corresponde la supervisión y el control de la aplicación de los acuerdos del Consejo General, y pueden proponer medidas y planes en su ámbito de actuación.

1.2. Servicios Comunes

Son organismos que asumen competencias comunes a todas las entidades gestoras, que de otra forma habrían de ser realizadas de forma independiente por cada una de ellas, restando eficacia y unidad a la gestión.

Actualmente existen tres servicios comunes de la Seguridad Social:

- 1) **Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS).** Es el principal servicio común, con personalidad jurídica propia, independiente, por tanto de la Administración. En ella se unifican todos los recursos financieros del Sistema, bajo el principio de “Caja Única”, centralizando todas las operaciones de contenido económico y patrimonial.

Específicamente, y sin afán de exhaustividad, se atribuyen a la TGSS:

- La inscripción de empresas, afiliación, altas y bajas de los trabajadores.
- La gestión y control de la cotización y de la recaudación de las cuotas y demás recursos financieros del Sistema.
- El aplazamiento y fraccionamiento de las cuotas de Seguridad Social.
- La titularidad, gestión y administración de los bienes y derechos que conforman el patrimonio de la Seguridad Social
- La elaboración de la propuesta de anteproyecto de presupuesto de recursos de la Seguridad Social.
- La elaboración del presupuesto monetario, en el que se incluirán las previsiones necesarias para atender el cumplimiento de las obligaciones del Sistema.
- La recaudación de las cuotas de desempleo, FOGASA y formación profesional, en tanto aquélla se realice de manera conjunta con las cuotas de Seguridad Social....

Por lo que respecta a su estructura y organización, en la TGSS no existen órganos de participación para el control y vigilancia de la gestión, sino que la misma se realiza por los órganos existentes en el INSS (Consejo General, en el ámbito estatal y Comisiones Ejecutivas a nivel provincial).

Respecto a los órganos directivos:

- A nivel central son la Dirección General, la Secretaría General (a quien corresponde la coordinación de las relaciones con las Entidades Gestoras) y las Subdirecciones Generales.
- Y a nivel provincial encontramos las Direcciones Provinciales y las Administraciones de la SS dependientes de las mismas, que son las que actúan como oficinas básicas de la gestión. En ellas se integran las Unidades de Recaudación Ejecutiva.

2) La Gerencia de Informática: Creada en 1980 con la función de dirigir, coordinar y controlar los servicios de informática y de proceso de datos de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la SS, actualmente se configura como una Subdirección General de la TGSS. Depende funcionalmente de cada Entidad Gestora, de la propia TGSS y de la Intervención General de la SS.

- 3) **El Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social:** Tiene atribuido el ejercicio de las funciones y competencias relativas al asesoramiento jurídico y la representación y defensa en juicio de las Entidades Gestoras y demás Servicios Comunes de la SS.

1.3. Órganos de tutela y coordinación.

Básicamente, el control sobre las Entidades Gestoras y Servicios Comunes es ejercido por dos órganos:

- 1) **La Intervención General de la Seguridad Social.** Lleva a cabo el control interno de la gestión económico-financiera de las Entidades Gestoras, Servicios Comunes, entes colaboradores. La función interventora se lleva a cabo a través de dos vías:
 - El control de los actos que dan lugar al reconocimiento de derechos y obligaciones de contenido económico, y sus consiguientes ingresos, pagos y recaudación, con el fin de asegurar que su administración se ajusta a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.
 - El control de la eficacia financiera del funcionamiento de los servicios de las entidades objeto de intervención, a fin de comprobar si las mismas se ajusta a los principios de la buena gestión financiera.

La Intervención General de la SS se configura como centro directivo de la contabilidad de todo el Sistema. En este sentido es la encargada de:

- Adaptar el Plan General de Contabilidad Pública a las entidades que integran el Sistema de SS.
- Aprobar la normativa de desarrollo de ese Plan Contable.
- Realización de auditorías
- Centralizar la información contable
- Remitir trimestralmente a las Comisiones de Presupuestos del Congreso y el Senado la información sobre cómo se están ejecutando los presupuestos de la SS.

2) **La Inspección de Trabajo y Seguridad Social.** A ella corresponde en materia de gestión de la SS:

- La inspección de la gestión y funcionamiento de las Entidades Gestoras, Servicios Comunes, entidades colaboradoras y Mutualidades de previsión voluntaria.
- La vigilancia del cumplimiento de las obligaciones de Seguridad Social de empresarios y trabajadores.
- Asistencia técnica y asesoramiento a entidades y organismos de la SS.

Conviene recordar aquí que la alta inspección es competencia del Estado y la inspección “ordinaria” es competencia “ejecutiva” de las CCAA.

CUADRO RESUMEN. MODELO ORGÁNICO DE LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA

ENTIDADES GESTORAS	SERVICIOS COMUNES	ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN (en cada entidad gestora)	ÓRGANOS DE CONTROL
INSS	TGSS	CONSEJO GENERAL	INTERVENCIÓN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
IMSERSO	GERENCIA DE INFORMÁTICA	COMISIÓN EJECUTIVA CENTRAL	INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SS
INEM	SERVICIO JURÍDICO DE LA ADMÓN DE SS	COMISIONES EJECUTIVAS PROVINCIALES	
SEPE			
INGESA			
ISM			
MUFACE/ INST. SOCIAL DE LAS FF.AA/ MUTUALIDAD GN- RAL. JUDICAL			

La Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social contempla (Disp. Adic. séptima) un cambio institucional en la organización gestora de la Seguridad Social, autorizando al Gobierno para la creación de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social, con el objeto de llevar a cabo la gestión y demás actos de aplicación efectiva del sistema de Seguridad Social, integrando las funciones relativas a la afiliación, cotización, recaudación, pago y gestión de las prestaciones económicas, excepto las de desempleo (también se excluyen los servicios sociales y la asistencia sanitaria). Así, de manera expresa, se contempla la integración en la futura Agencia del INSS, el Instituto Social de la Marina, y los tres Servicios Comunes (TGSS, Gerencia de Informática y Servicio Jurídico)

La constitución y entrada en funcionamiento de la Agencia se producirá con la aprobación de su Estatuto por Real Decreto, previa negociación con las organizaciones empresariales y sindicales más representativas.

2. LA COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN

Pese al, hoy por hoy, incuestionable principio de gestión pública, el ordenamiento de Seguridad Social admite la intervención de sujetos privados en el ámbito de la gestión y administración de la SS. Así, el artículo 67.1 LGSS encomienda la colaboración en la gestión a las empresas y a las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. En su apartado 2, dicho artículo establece la posibilidad de que la colaboración pueda realizarse por asociaciones, fundaciones y entidades públicas y privadas, previa su inscripción en un registro público, posibilidad ésta que, salvo en el ámbito sanitario, no ha sido objeto de desarrollo.

2.1. La colaboración de las empresas.

Según el art. 77 LGSS las empresas –persona física o jurídica, individualmente considerada y en relación con su propio personal- podrán colaborar en la gestión de la SS. Pese al tenor literal de este precepto, que parece indicar la voluntariedad absoluta de la colaboración, la Orden de 25 de noviembre de 1966, que regula la colaboración de las empresas en el RGSS –reformada por OM de 20 de abril de 1998- distingue dos formas de colaboración:

2.1.1. La colaboración obligatoria. El pago delegado

Consiste en el pago por la empresa a sus trabajadores de las prestaciones económicas de IT, cualquiera que sea su causa –sabemos que del día 4º al 15º el subsidio de IT queda a cargo exclusivo del empresario-, y de desempleo parcial, consecuencia de la reducción de la jornada o de los días de trabajo, resarcándose posteriormente la empresa del importe de lo abonado en la correspondiente liquidación de cuotas a la Seguridad Social (art. 77.1 c) LGSS).

Se trata, pues, del anticipo de las dos prestaciones señaladas, que, no obstante, siguen corriendo a cargo de la Entidad Gestora o Mutua correspondiente. Lo que cambia, simplemente, de forma accidental es el sujeto que materializa el pago de la prestación, manteniéndose pues intacta la relación de Seguridad Social –obligación de la empresa del pago de las cotizaciones, responsabilidad de protección de la Entidad Gestora y percibo de la prestación por el beneficiario.

El objeto de esta forma de colaboración es agilizar el proceso burocrático y, con ello, la efectividad de las prestaciones, mediante el contacto directo entre el empresario y el sujeto beneficiario de las mismas.

Esta obligación de colaboración empresarial recae sobre todas las empresas, con independencia de su número de trabajadores. No obstante se prevén dos excepciones:

- Aquéllas con menos de 10 trabajadores que vengán pagando más de 6 meses consecutivos a alguno de ellos una prestación de IT. Éstas podrán trasladar la obligación de pago directo a la Entidad Gestora o la Mutua, con la única obligación de preavisar con una antelación mínima de 15 días que deberán hacer coincidir con el inicio del mes natural
- Aquéllas a las que se hubiese concedido aplazamiento o fraccionamiento en el pago de las cuotas a la SS. En este caso la suspensión es temporal.

Como decíamos, el pago de la prestación se realiza con cargo a la entidad responsable, que será el INSS o la Mutua correspondiente o el SPEE, según los casos. Para ello la empresa se resarcirá de lo anticipado descontando su importe de las cuotas a la SS que correspondan al mismo período que las prestaciones satisfechas, debiendo presentarse en tiempo reglamentario los correspondientes documentos acreditativos. De no hacerlo no procederá la compensación, debiendo el empresario solicitar posteriormente el pago del crédito ante la Entidad correspondiente.

En los supuestos de colaboración obligatoria es necesario el previo reconocimiento del derecho por parte de la Entidad Gestora o Mutua competente antes de que el empresario proceda al abono de la prestación. Si no existe tal reconocimiento o si el importe abonado es superior al reconocido, el importe de las cantidades indebidamente satisfechas no podrá ser objeto de reintegro y el empresario podrá exigir la devolución del pago indebido a los trabajadores.

2.1.2. La colaboración voluntaria

En este caso sí se produce una alteración en la relación de Seguridad Social, puesto que la empresa es autorizada a dejar de abonar a la SS las cuotas correspondientes a las contingencias cuya protección asume, recayendo exclusivamente sobre ella el pago de las correspondientes prestaciones (es decir, la responsabilidad no se traslada ahora a la Entidad Gestora o Mutua).

Existen dos modalidades de colaboración voluntaria:

- 1) Asumir directamente en pago de las prestaciones por IT derivada de contingencias profesionales y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional, incluido el subsidio que corresponda durante la indicada situación (art. 77.1 a) LGSS).
- 2) Asumir directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones económicas por IT derivada de contingencias comunes (art. 77.1 d) LGSS).

Para poder optar por la colaboración voluntaria la empresa ha de cumplir una serie de requisitos:

- Tener más de 250 trabajadores fijos, afiliados y el alta en el Régimen General. Excepcionalmente se permite la colaboración voluntaria en aquellas empresas de más de cien trabajadores cuando se dediquen con exclusividad o no a prestar dicho servicio.
- Poseer instalaciones sanitarias propias para prestar la asistencia a sus trabajadores (en los casos en los que la modalidad de colaboración incluya la prestación de asistencia sanitaria), exceptuada la hospitalización quirúrgica.
- Observar un estricto cumplimiento de las obligaciones derivadas de la legislación social.

Las empresas que opten por acogerse a alguna de las modalidades de colaboración voluntaria quedan obligadas a:

- Prestar a su cargo la asistencia sanitaria (en el caso de que la modalidad de colaboración la incluya).
- Pagar directamente y a su cargo las prestaciones a sus trabajadores, no pudiendo ceder, transmitir o asegurar con un tercero esa obligación).
- Dar cuenta, al menos semestralmente, a los representantes de los trabajadores de la aplicación de las cantidades deducidas de la liquidación de cuotas a la SS.
- Llevar una contabilidad separada de todas las operaciones relacionadas con la colaboración.
- Constituir con los excedentes una “reserva de estabilización”....

Las empresas que deseen colaborar voluntariamente deberán efectuar la opción antes del 1 de octubre de cada año ante la Dirección Provincial de la TGSS, surtiendo efectos desde el inicio del año siguiente (igual la renuncia a una colaboración previa). Si se otorga la autorización la empresa se incluye en un Registro existente al efecto, pudiendo suspenderse o retirarse definitivamente dicha autorización si dejan de concurrir las condiciones exigidas o la colaboración no se hace correctamente.

2.2. La colaboración de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Planteamiento general

La segunda forma de colaboración en la gestión de la SS prevista en el art. 67.1 LGSS –la primera según su tenor literal- es la de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Esta denominación es la que corresponde hoy día a las antiguas Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo, de larga tradición en nuestro ordenamiento jurídico de SS.

Ya aparecían previstas en la Ley de Bases de la SS de 1963 que recogía la posibilidad de los empresarios de asegurar las contingencias profesionales con una de estas entidades.

Pero en las últimas décadas el papel de las Mutuas en la gestión del Sistema de Seguridad Social ha aumentado tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Siempre con fundamento en razones económicas y de mayor eficacia, las últimas reformas han ido aumentando progresivamente los ámbitos de actuación de las Mutuas, que ya no limitan su actuación a la tradicional parcela de las contingencias profesionales en el trabajo por cuenta

ajena. Así por Ley 42/1994 se permitió concertar con una Mutua la cobertura de la IT derivada de contingencias comunes de los trabajadores por cuenta ajena. Y por Ley 66/1997 se abrió también el ámbito de actuación al trabajo autónomo, al establecerse que los trabajadores por cuenta propia que desde la entrada en vigor de la Ley opten dentro de su Régimen Especial por acogerse a la cobertura de la IT deberán formalizar la misma obligatoriamente con una Mutua.

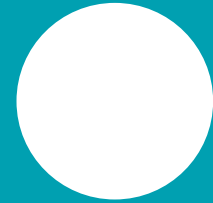
Son sólo dos manifestaciones de ese aumento del protagonismo de las Mutuas en la gestión de la SS. Y es que, hoy día estas entidades gestionan la inmensa mayoría del régimen de protección por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (en torno al 98% de las empresas optan por una mutua) y por enfermedades comunes (más del 75 % de las empresas realizan esta opción), extendiendo su actividad a tareas de prevención de riesgos laborales.

Se recrudecen, pues, las críticas que recibieron desde el primer momento por contravenir el principio de gestión pública, considerándose ese aumento de su peso en nuestro Sistema como una primera línea de un proceso privatizador de la gestión de la SS.

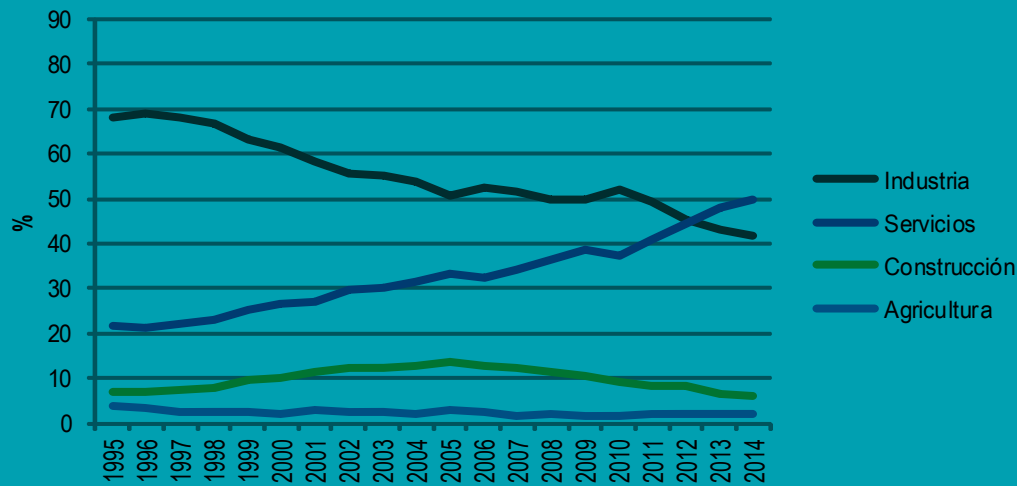
En cualquier caso, sin negar este hecho, la regulación actual de las Mutuas no cuestiona –salvo excepciones puntuales, como en el caso de los trabajadores autónomos- el carácter público de la gestión de nuestra Seguridad Social, al estar sometidas a un fuerte control público, que, cuanto menos, matiza su naturaleza jurídico privada. El análisis pormenorizado de las Mutuas en su papel de sujetos colaboradores en la gestión de la SS constituye en objeto de este curso y a él van a dedicarse las siguientes Unidades.

B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER

- **COLABORACIÓN OBLIGATORIA:** Forma de colaboración en la gestión de la Seguridad Social impuesta a todas las empresas, consistente en el anticipo a sus trabajadores de las prestaciones de IT y de desempleo parcial que, no obstante siguen siendo responsabilidad de la Entidad Gestora o Mutua correspondiente.
- **COLABORACIÓN VOLUNTARIA:** Forma de colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las empresas individualmente consideradas consistente en la asunción directa por parte de la empresa que haya sido autorizada previamente de las prestaciones económicas y sanitarias derivadas de contingencias profesionales y/o de la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes.
- **ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** Conjunto de entes instrumentales creados por el Estado para, a través del principio de descentralización funcional, gestionar el Sistema de SS, bajo la dirección y tutela de los respectivos departamentos ministeriales. Tienen capacidad jurídica para el cumplimiento de sus fines.
- **PAGO DELEGADO:** Técnica utilizada en la modalidad de colaboración obligatoria de las empresas en la gestión de la SS, consistente en el descuento en la correspondiente liquidación de cuotas a la Seguridad Social de la cantidades anticipadas a sus trabajadores en concepto de prestaciones por IT y por desempleo parcial, siendo necesaria para ello la presentación de los correspondientes documentos acreditativos.
- **SERVICIOS COMUNES:** Organismos que asumen competencias comunes a todas las entidades gestoras, que de otra forma habrían de ser realizadas de forma independiente por cada una de ellas, restando eficacia y unidad a la gestión. Actualmente hay tres: la TGSS, la Gerencia de Informática y el Servicio Jurídico.
- **TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** Principal Servicio Común en el que se unifican todos los recursos financieros del Sistema, materializando el principio de “Unidad de Caja” y centralizando todas las operaciones de contenido económico-patrimonial de la Seguridad Social.



Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales



3

ÍNDICE

A. Contenido

B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO

ÍNDICE

- 1. Relevancia de las contingencias profesionales en el bloque contributivo:**
 - 1.1 En orden a la gestión**
 - 1.2 En cuanto a la financiación**
 - 1.3 En orden a los requisitos de las prestaciones**
 - 1.4 En orden a la intensidad de la protección**

- 2. El accidente de trabajo:**
 - 2.1 Concepto y características**
 - 2.2 Supuestos asimilados**
 - 2.3 Presunción de laboralidad**
 - 2.4 Exclusiones del concepto de Accidente de Trabajo**

- 3. Las enfermedades profesionales.**
 - 3.1 El cuadro de enfermedades profesionales**
 - 3.2 Procedimiento de notificación y registro**
 - 3.3 Particularidades del régimen jurídico de las contingencias profesionales**

1. RELEVANCIA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES EN EL BLOQUE CONTRIBUTIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Como veíamos en unidades anteriores, nuestra Seguridad Social se estructura en dos bloques: el contributivo, en el que van a protegerse a quienes previamente han cotizado y lo han hecho durante el tiempo mínimo previsto legalmente; y el no contributivo, más residual, y que otorga protección a todo el que acredite encontrarse en una situación de necesidad, conforme a los criterios establecidos anualmente por el legislador.

Pues bien, la protección dispensada por la Seguridad Social en su modalidad contributiva varía según si la situación de necesidad protegida tiene su origen en riesgos profesionales (los derivados del trabajo) o comunes. Como regla general, las contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional) gozan de un tratamiento privilegiado respecto a las comunes (definidas de manera negativa como aquéllas que no son profesionales), caracterizado por una mayor protección y por una reducción de los requisitos exigidos para acceder a la protección.

Esta mayor importancia de las contingencias profesionales proviene tanto de su origen -pues el accidente de trabajo fue el determinante de la aparición de las normas de Seguridad Social (Ley de Accidentes de Trabajo de 1900)- como del papel que siguen desempeñando en el Sistema como mecanismo de aseguramiento obligatorio de una responsabilidad objetiva del empresario. No obstante, son varias las opiniones que cuestionan la existencia de un régimen protector diferenciado para iguales situaciones de necesidad, en los casos en los que las mismas tengan origen profesional, algo que cada vez más aparece como anacrónico y disfuncional.

Este régimen privilegiado queda puesto de relieve en varios aspectos de su régimen jurídico:

1.1. En orden a la gestión

En este ámbito, resulta tradicional en nuestro ordenamiento de Seguridad Social la opción concedida al empresario de poder asegurar las contingencias profesionales con entidades especializadas, en particular con las Mutuas. Efectivamente, desde la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 se establecía la posibilidad de que los empresarios gestionasen los riesgos profesionales con una Mutua, produciéndose, así, una separación de las contingencias en lo relativo a su gestión: mientras las comunes debían asegurarse con la Entidad Gestora, las profesionales podían hacerlo bien con ella o bien con una Mutua, en cuanto colaboradora en la gestión.

Desde 1995 (Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social), existe la posibilidad de concertar con una entidad mutualista también la cobertura de la Incapacidad Temporal de los trabajadores por cuenta ajena derivada de riesgos comunes, si bien el ámbito de las contingencias profesionales sigue siendo el referente en la actuación colaboradora con la Seguridad Social de las Mutuas.

Así, el empresario, en el momento de inscribir su empresa en la Seguridad Social ha de efectuar la denominada “opción de aseguramiento” a través de la cual elige la entidad con la que va a concertar la cobertura de las contingencias profesionales de sus trabajadores (bien la Entidad Gestora o bien cualquiera de las Mutuas colaboradoras), una opción anual, que se prorrogará de manera automática salvo opinión expresa en contrario del empresario (junto a ella, mediante la “opción de cobertura” deberá elegir la Entidad Gestora o la Mutua para asegurar la IT derivada de contingencias comunes).

1.2. En cuanto a su financiación

El peculiar tratamiento que reciben las contingencias profesionales en este ámbito de la financiación deriva de que estamos ante riesgos configurados como de responsabilidad plena del empresario frente al trabajador. Las principales especialidades pueden sintetizarse en las siguientes:

- La cantidad a pagar a la Seguridad Social en concepto de contingencias profesionales no recibe el nombre de “cuota”, sino de “prima”.
- Se rompe la regla general relativa a la existencia de dos sujetos obligados a cotizar, asumiendo la cotización de manera exclusiva el empresario.
- La tarifa de primas para realizar el cálculo de la cotización por contingencias profesionales se establece en función de la actividad económica u ocupación desarrollada por el trabajador y depende del grado de peligrosidad del trabajo realizado. Las primas pueden verse aumentadas hasta un 20% para las empresas que incumplan las normas de seguridad y salud en el trabajo de manera reiterada o reducidas hasta un 10% para las que destaquen en el uso de medios eficaces de prevención de accidentes.

Esta tarifa de primas aparece contenida en la Disp. Adic. 4ª de la Ley 42/2006, de PGE para 2007, siendo modificada por la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el 2014 (disposición final décima novena). La base de cotización se determina en función de las retribuciones efectivamente percibidas, incluyendo el importe percibido por el trabajador en concepto de horas extraordinarias.

- Las primas por contingencias profesionales no admiten aplazamiento en el pago.

1.3. En orden a los requisitos de las prestaciones

La principal peculiaridad que las contingencias profesionales presentan en este ámbito es la atenuación de los requisitos exigidos para el nacimiento del derecho a las correspondientes prestaciones. Esto se demuestra principalmente en la no exigencia, como regla general, de cotización o carencia previa (tampoco se exige en los supuestos de accidente común). Además, el trabajador estará protegido por contingencias profesionales (situación de alta presunta o de pleno derecho) en los supuestos en los que el empresario haya incumplido con cualquiera de sus obligaciones en materia de Seguridad Social -inscripción de la empresa, afiliación o alta del trabajador, cotización. En estos casos la Seguridad Social –o la Mutua- se hará cargo de la prestación, sin perjuicio de que posteriormente acuda contra el empresario incumplidor (principio de automaticidad de las prestaciones).

1.4. En orden a la intensidad de la protección

La protección dispensada por la Seguridad Social en los casos en los que la situación de necesidad protegida deriva de un riesgo profesional es mayor que en los casos de contingencias comunes.

- Por una parte derivada del hecho de que, como decíamos, en la base de cotización del beneficiario (que se tiene en cuenta a la hora de determinar la cuantía de las prestaciones) se incluya en su caso el importe de las horas extraordinarias.
- Y por otra del hecho de que el ámbito de la acción protectora también es mayor en el caso de las contingencias profesionales. Así, por ejemplo:
 - o en la IT se consideran supuestos protegidos los períodos de observación por enfermedad profesional, en los que el trabajador tiene derecho a la “baja preventiva” para el estudio y diagnóstico de la enfermedad. Por otro lado, el derecho al subsidio por IT derivada de contingencias profesionales nace desde el día siguiente al de la baja (en el caso de contingencias comunes al 4º día) y su cuantía es del 75% de la base reguladora durante toda la duración del subsidio.
 - o Se protegen las lesiones permanentes no incapacitantes (art. 150 LGSS), que son aquellas de carácter definitivo, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional, que sin llegar a constituir una incapacidad permanente, suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador –cuando aparecen recogidas en el correspondiente baremo (Orden ESS/66/2013, de 28 de enero) Para estos casos, se reconoce al trabajador el derecho a una indemnización de pago único

a cargo de la Entidad Gestora o Mutua y con la cuantía establecida en el baremo para cada tipo de lesión.

- Junto a las correspondientes pensiones o subsidios, se reconoce el derecho de los beneficiarios a indemnización a tanto alzado en los supuestos en que el fallecimiento del sujeto causante se haya producido por contingencias profesionales.

2. EL ACCIDENTE DE TRABAJO

2.1. Concepto y características

Aparece definido en el art. 115.1 LGSS como “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*”. De este concepto –superado en muchos casos tanto por la realidad práctica como por la jurisprudencia- pueden extraerse las tres características que identifican a esta figura:

- 1) La existencia de una lesión corporal, que ha de entenderse como cualquier alteración, física o psíquica del trabajador producida por causas ajenas a su voluntad.
- 2) El carácter de trabajador por cuenta ajena del accidentado, ajenidad de la que deriva el principio de responsabilidad empresarial en el accidente de trabajo. Pese a esta exigencia de que el trabajo sea por cuenta ajena prevista en la LGSS hemos de señalar que la cobertura frente a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ya se contempla para los trabajadores por cuenta propia y que a partir del 1-1-2013 la protección frente a las contingencias profesionales forma ya parte de la acción protectora de todos los Regímenes de la Seguridad Social (art. 7 L. 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social).
- 3) La relación de causalidad entre trabajo y lesión. El accidente ha de producirse con ocasión o como consecuencia del trabajo. Se exige, pues, una conexión entre el accidente y el trabajo, pero se hace de manera flexible, de forma que no es preciso que el trabajo sea la causa determinante directa de la lesión, sino que basta con que el daño se produzca con ocasión de los riesgos derivados del trabajo.

2.2. Supuestos asimilados

El apartado 2 del art. 115 enumera una serie de supuestos en los que, pese a no existir alguno de los elementos previstos en el concepto de accidente de trabajo, son asimilados a éste:

- 1) El accidente “In itinere”, es decir, el que sufra el trabajador al ir o a volver del trabajo. La delimitación de esta figura ha sido realizada por nuestros tribunales, existiendo una práctica judicial extremadamente casuística y con divergencias importantes a la hora de la calificación de este tipo de accidentes.

Las características que, según la jurisprudencia mayoritaria, identifican al accidente “in itinere” son:

- Es posible cualquier medio de desplazamiento, siempre que no haya sido expresamente prohibido por la empresa con un fundamento objetivo y que no aumente innecesariamente el riesgo.
 - El accidente debe producirse en el tiempo normalmente invertido en el trayecto.
 - Ha de existir una unidad de acto en el trayecto, no pudiendo interrumpirse por motivos ajenos a su finalidad. No obstante este requisito suele interpretarse de forma flexible.
- 2) El que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical –o de representación unitaria-, incluidos los “in itinere” por esta causa.
 - 3) El ocurrido con ocasión o como consecuencia del desempeño de tareas distintas a las la categoría profesional del trabajador, consecuencia, bien de las órdenes del empresario o bien de por propia iniciativa personal en interés del buen funcionamiento de la empresa.
 - 4) El producido en actos de salvamento u otros de naturaleza análoga, cuando tengan conexión con el trabajo.
 - 5) Las “Enfermedades de Trabajo”. Son aquellas que, a pesar de no estar incluidas en el catálogo de enfermedades profesionales (lista cerrada), contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre y cuando se pruebe que la enfermedad tuvo como causa exclusiva la ejecución del mismo. También se incluyen aquí las enfermedades previas que se agraven como consecuencia del accidente y las enfermedades intercurrentes que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente o a resultas de sus secuelas.

La jurisprudencia, no obstante, ha venido flexibilizando notablemente la exigencia de prueba sobre la exclusividad del origen de la enfermedad de trabajo.

A través de esta noción amplia de “enfermedad de trabajo” están teniendo cabida las lesiones producidas por los riesgos psicosociales (estrés laboral, “síndrome del quemado”, acoso sexual, por razón de sexo o acoso moral en el ámbito del trabajo, acoso por razones de edad, orientación sexual...).

2.3. Presunción de laboralidad.

Según el apartado 3 del art. 115 LGSS toda lesión que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo se presumirá accidente de trabajo, salvo que exista prueba en contrario.

Esta presunción se viene interpretando de manera amplia por nuestra jurisprudencia, que reconoce la laboralidad a todo accidente que se produzca en el lugar y tiempo de trabajo, aunque en ese momento no exista trabajo efectivo (por ejemplo el producido en los vestuarios de la empresa antes de iniciar el trabajo mientras el trabajador se preparaba para el mismo). O incluso al accidente acaecido fuera del tiempo (trabajador que se lesiona una vez terminada la jornada laboral) o del lugar de trabajo (trabajador accidentado mientras realizaba encargos por parte de la empresa o actuaba en su representación).

2.4. Exclusiones del concepto de accidente de trabajo

De manera expresa el art. 115.4 LGSS excluye de la consideración de accidente de trabajo:

- 1) Los que sean consecuencia de una fuerza mayor extraña al trabajo, que no guarde ninguna relación con éste. En ningún caso se considerará como tal la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.
- 2) Los debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador. En ambos casos se ha de tratar de conductas conscientes y voluntarias del accidentado. La jurisprudencia viene entendiendo con carácter restringido el alcance de la imprudencia temeraria en el ámbito del trabajo, entendiéndola como la asunción de riesgos especialmente graves e innecesarios.

La imprudencia profesional, consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y de la confianza que éste inspira no se considera temeraria y no impide, pues, la calificación como accidente de trabajo. Tampoco impide esa califica-

ción el hecho de que el accidente se hubiese producido mediante la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

3. LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

3.1 El cuadro de enfermedades profesionales

El artículo 116 LGSS la define como la contraída “a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Esta remisión normativa es realizada actualmente al RD 1299/2006, de 10 de noviembre, que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales vigente. Nos encontramos ante un sistema de lista cerrada, puesto que sólo serán enfermedades profesionales las previstas en ese cuadro. Un sistema éste que tiene la ventaja de su seguridad jurídica, tanto para el trabajador como para el empresario, porque sólo exige para que una patología sea catalogada como enfermedad profesional que aparezca prevista como tal en ese cuadro, eliminándose o reduciéndose los problemas de prueba.

El principal inconveniente de este sistema es que deja fuera patologías que, teniendo su origen en la actividad profesional realizada, quedan fuera del listado. Tal es el caso de las patologías relacionadas con los riesgos psicosociales cuya protección, como veíamos, se viene canalizando por la vía de las enfermedades de trabajo, siendo necesaria la prueba de la relación de causalidad entre trabajo y enfermedad.

Se trata de una lista cerrada, pero no estática. El propio RD (art. 2) contempla el procedimiento para la actualización del cuadro de enfermedades profesionales. Así se establece que el mismo habrá de realizarse por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, previo informe del Ministerio de Sanidad y de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. El informe científico que soporte la propuesta de modificación deberá ser realizado por una comisión técnica conjunta de ambos ministerios.

El catálogo de enfermedades profesionales aparece estructurado de la siguiente manera:

- 1) El Anexo 1, que recoge el listado de las enfermedades profesionales, clasificándolas en seis grupos, en función del origen de la patología (agentes químicos, agentes físicos, agentes biológicos, agentes carcinogénicos...).
- 2) El Anexo 2, que recoge una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, pero sobre el que aún no hay evidencia. Así en el futuro podrían pasar a integrar el listado del Anexo 1, pero hasta ese momento podrán ser consideradas como enfermedades de trabajo.

3.2. Procedimiento de declaración, notificación y registro

Además de actualizar el listado de enfermedades anteriormente vigente –algo demandado de manera generalizada- el RD de 2006 establece un procedimiento de declaración y notificación de esas enfermedades más ágil, con el objetivo de reducir los bajos niveles de declaración que caracterizan a esta materia y el consiguiente subregistro de enfermedades profesionales en España.

Así se establece que la calificación de las enfermedades como profesionales corresponde a la entidad gestora respectiva, sin perjuicio de su tramitación como tales por parte de las entidades colaboradoras que asuman la protección de las contingencias profesionales. Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud o de los servicios de prevención tengan conocimiento de la existencia de una enfermedad profesional (anexo 1) o de una cuyo origen profesional se sospecha (anexo 2) habrán de comunicarlo a la Entidad Gestora a efectos de su calificación y, en su caso, a la entidad colaboradora que tenga asumida la protección de las contingencias profesionales.

La entidad, gestora o colaboradora, que asuma esa protección elaborará y tramitará el parte de enfermedad profesional correspondiente, estando obligada la empresa a facilitarle la información que le sea requerida. A estos efectos, los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, en el plazo de tres días hábiles, a la entidad gestora o a la mutua que corresponda del diagnóstico de las enfermedades profesionales de sus trabajadores.

El parte de enfermedad profesional está regulado en la ORDEN TAS/1/2007, de 2 de enero, que da cumplimiento al mandato concreto de desarrollo normativo contenido en el RD 1299/2006, estableciéndose su contenido (Anexo),

su tratamiento por medios informáticos y su comunicación por vía electrónica a través de Internet, así como la creación del correspondiente fichero de datos personales. Así, la elaboración y transmisión del parte se realizará exclusivamente por vía electrónica, por medio de la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales, Seguridad Social), a la que se tendrá acceso a través de la oficina virtual de la dirección electrónica https://sede.seg-social.gob.es/Sede_1/ServiciosenLinea/EmpresasyProfesionales/index.htm?ssUserText=231889, y que se configura, pues, como el conjunto de medios que permiten la transmisión por vía electrónica y la creación del correspondiente fichero de datos personales.

La comunicación inicial del parte habrá de realizarse dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional. En cualquier caso, la totalidad de los datos que integran el contenido del parte, establecido en el Anexo de la Orden- se deberá transmitir en el plazo máximo de los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial, a cuyo fin la empresa deberá remitir la información que le sea solicitada por la entidad gestora o por la mutua para que ésta pueda dar cumplimiento a los plazos anteriores. De no remitirse dicha información en el plazo establecido, se procederá a la tramitación del parte poniendo el citado incumplimiento en conocimiento de la autoridad competente.

La finalización del proceso se comunicará en el plazo de los cinco días hábiles siguientes al hecho que motiva dicha finalización.

3.3. Particularidades del régimen jurídico de las enfermedades profesionales

En líneas generales, el régimen jurídico de la enfermedad profesional es casi idéntico al del accidente de trabajo. No obstante, existen algunos elementos diferenciadores. Entre ellos, y sin afán de exhaustividad:

- 1) La importancia otorgada a la prevención de la enfermedad profesional. Las empresas que vayan a cubrir puestos con riesgo de una de estas enfermedades están obligadas a practicar un reconocimiento médico previo a la admisión del trabajador y reconocimientos periódicos, no pudiendo contratarse a trabajadores que no hayan superado tales pruebas.
- 2) Dentro de la cobertura de la IT, se prevé como situación protegida los períodos de observación por enfermedad profesional, con una duración de 6 meses prorrogables por otros 6 más cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

- 3) El padecimiento de una enfermedad profesional implica la posibilidad de trasladar al trabajador de puesto de trabajo a otro exento de riesgos. Un cambio éste –y el producido en los supuestos de riesgo durante el embarazo o durante la lactancia- incentivado mediante la reducción, a cargo del Presupuesto de la Seguridad Social, del 50% de la aportación empresarial en la cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes, con respecto a las cuotas devengadas durante el tiempo de permanencia en el nuevo puesto de trabajo o función.

B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER

- **ACCIDENTE “IN ITINERE”:** Accidente sufrido por el trabajador al ir o al volver del trabajo, que resulta asimilado al accidente de trabajo por el art. 115.2 LGSS.
- **ACCIDENTE DE TRABAJO:** Lesión corporal que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena.
- **CEPROSS:** Aplicación informática mediante la que elabora y transmite el parte de enfermedad profesional.
- **CONTINGENCIAS PROFESIONALES:** Situaciones de necesidad protegidas por la Seguridad Social cuyo origen se encuentra en la realización de un trabajo.
- **ENFERMEDAD DE TRABAJO:** Patología que, pese a no estar incluida en el listado de enfermedades profesionales, contraiga el trabajador, -o padeciéndola previamente se agrave- con motivo de la realización de su trabajo, siempre y cuando se pruebe que la enfermedad tuvo como causa exclusiva la ejecución del mismo.
- **ENFERMEDADES PROFESIONALES:** Aquéllas que aparecen en el catálogo previsto en el Anexo 1 del RD 1299/2006, siempre que estén provocadas por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen.
- **IMPRUDENCIA PROFESIONAL:** Aquélla derivada del ejercicio habitual de un trabajo y de la confianza que éste inspira. No impide la calificación como profesional del accidente que pueda producirse como consecuencia de ella.





Conceptos y requisitos de Constitución de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social

4

ÍNDICE

A. Contenido

B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO

ÍNDICE

1. El Marco regulador

2. Concepto y características

2.1. Concepto

2.2. Características

2.2.1. Naturaleza jurídico-privada

2.2.2. Responsabilidad mancomunada

2.2.3. Ausencia de ánimo de lucro

2.2.4. Carácter de colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social

3. Requisitos de constitución

3.1. Requisitos numéricos: empresarios, trabajadores y cuotas

3.2. Limitación de la actividad de la Mutua a la prevista por Ley

3.3. Fianza

4. Estatutos

1. EL MARCO REGULADOR

Como se dejaba apuntado en unidades temáticas anteriores, el papel de las Mutuas en el Sistema de Seguridad Social español ha ido aumentando de manera progresiva en las dos últimas décadas, trascendiendo su tradicional papel como entidades colaboradoras en el ámbito de las contingencias profesionales. Este aumento del protagonismo de las Mutuas se ve reflejado en su marco regulador.

La regulación legal se encuentra en los arts. 68 a 76 LGSS y en el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por RD 1993/1995, de 7 de diciembre.

Este Reglamento ha sido objeto de numerosas modificaciones. Entre ellas podemos señalar la operada por RD 688/2005, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las MATEPSS como “Servicios de Prevención Ajenos” en el ámbito de la prevención de riesgos laborales; el RD 295/2009, por el que se atribuye el régimen jurídico de la gestión de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos; el RD 38/2010, que modifica el Reglamento en materia de colaboración y cooperación entre las Mutuas con el objetivo de conseguir una mayor eficacia y racionalidad en la gestión; o el RD 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las Mutuas.

Junto a estas normas, la Orden de 22 de abril de 1997, por la que se aprueba la composición de las Comisiones de control y seguimiento como órganos de control de las Mutuas.

La Ley 39/2010, de 22 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2011 introdujo un conjunto de reformas en la regulación de las MATEPSS, principalmente referidas a la simplificación de las reservas a constituir por las Mutuas, mediante la sustitución de las actualmente existentes en relación con las contingencias profesionales por una única reserva de estabilización, con el objetivo de aumentar la transparencia y facilitar la gestión; una reforma ésta necesitada de desarrollo reglamentario para poder ser aplicada. Así, a finales de 2010 se elaboró un proyecto de RD, cuya tramitación fue paralizada a petición de las organizaciones empresariales, representadas en la mesa de diálogo social, para evitar posibles interferencias con algunos de los asuntos a tratar en dicha mesa. Una vez concluida, sin acuerdo, la ronda de negociaciones, y subsistiendo la manifestada urgencia de desarrollo

reglamentario, el RD 1622/2011, de 14 de noviembre, procedió a modificar el Reglamento de colaboración de las Mutuas en una serie de “asuntos inaplazables”, cuya dilación en el tiempo podría afectar negativamente a la gestión llevada a cabo por estas entidades.

El resto de cuestiones a reformar quedaron pendientes de la realización del mandato contenido en la Disp. Adicional decimocuarta de la Ley 27 /2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de seguridad social. El ella se encomendaba al Gobierno, con la participación de los agentes sociales, y en el plazo de un año, la reforma del marco normativo de aplicación a las MATEPSS. Una reforma que habría de ajustarse a los siguientes criterios y finalidades:

- Garantizar su función como entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social
- Asegurar su carácter privado, protegiendo la libertad del empresario, con la participación de sus trabajadores, en la elección de la Mutua y respetando su autonomía gestora y de gobierno, y ello sin perjuicio del control y tutela a desarrollar por la Administración, en cuanto entidades colaboradoras de la Seguridad Social
- Articular su régimen económico, promoviendo el equilibrio entre ingresos y costes de las prestaciones, garantizando la eficiencia y transparencia de la gestión y su contribución a la solidez y mejora del Sistema de Seguridad Social.
- Establecer que los órganos directivos de las Mutuas se compondrán de las empresas con mayor número de trabajadores mutualizados, de otras designadas paritariamente por las organizaciones empresariales y de una de representación de las organizaciones sindicales más representativas.
- Promover la participación en sus órganos de supervisión y control de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, de las asociaciones profesionales más representativas de los trabajadores autónomos, de los sindicatos más representativos y de las Comunidades Autónomas.

El horizonte de una futura reforma apareció también en el RD-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral (Disp. Adic. cuarta), estableciéndose en este caso un plazo de seis meses para que el Gobierno, previa consulta con los interlocutores sociales, estudiase “la modificación del régimen jurídico de las Mutuas para una más eficaz gestión de la incapacidad temporal”.

Esta demandada reforma del marco normativo de las Mutuas fue llevada a cabo por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La nueva regulación de estas entidades, que pasan a denominarse “Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, se plantea como objetivo modernizar su funcionamiento y gestión, reforzando los niveles de transparencia y eficiencia, y contribuir en mayor medida a luchar contra el absentismo laboral y a la sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social.

2. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

2.1. Concepto

El art. 68 LGSS define a las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social como “asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen como finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley”.

Una vez constituidas, las Mutuas adquieren personalidad jurídica y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, extendiéndose su ámbito de actuación a todo el territorio del Estado.

2.2. Características

2.2.1. Naturaleza jurídico-privada

Nos encontramos, pues, ante entidades de naturaleza jurídico-privada, lo que se refleja en varios aspectos de su régimen jurídico:

- 1) Su existencia depende de la voluntad de los empresarios particulares, quienes las crean y extinguen libremente, sin que la Administración pueda imponer forzosamente su creación ni la adscripción obligatoria de los particulares. El Estado simplemente se reserva la aprobación o autorización de su existencia como una facultad más del control estricto que ejerce la Administración sobre estas entidades.

Este principio de voluntariedad que preside las Mutuas puede ser identificado en varios momentos:

- Cuando un colectivo de empresarios decide agruparse con la específica finalidad que poseen esas asociaciones;
- Cuando un empresario individual decide integrarse en una Mutua ya constituida;
- Cuando un empresario decide causar baja en una Mutua para pasar a estar integrado en otra o en la Entidad Gestora correspondiente (con excepción de los trabajadores por cuenta propia o autónomos); y
- Cuando los empresarios instan la propia extinción de la asociación.

- 2) La forma jurídica adoptada por la Mutua es la de una sociedad mutua, de lazos asociativos entre los empresarios asociados. Por tanto, quedan excluidas de los privilegios que la LGSS reconoce a las entidades gestoras de la Seguridad excepción de la exención tributaria expresamente reconocida por la ley.

Partiendo de esta naturaleza privada, la relación empresario-Mutua responde a las características fundamentales del contrato de seguro -traslación remunerada de las consecuencias económicas derivadas del acaecimiento del riesgo cubierto-. Sin embargo, aún aceptando estas características, hoy día es rechazada de plano la consideración de las Mutuas como entidades aseguradoras. Y ello porque sobre esta naturaleza prevalece su vinculación con el servicio público de Seguridad Social, en cuya gestión colabora con el Estado en el ámbito de la gestión. Por tanto, la utilización por la Mutua de técnicas aseguradoras en su relación con los empresarios asociados se subordina a los fines de Seguridad Social y son los principios que caracterizan a ésta los que excluyen de plano a las Mutuas del cuadro de entidades aseguradoras; así ausencia de ánimo de lucro, solidaridad, automaticidad protectora...

Por tanto, a pesar de encontrarnos ante entidades privadas, las Mutuas asumen parcialmente funciones públicas, se encuentran subordinadas a los fines generales de la Seguridad Social. De ahí que se pueda hablar de su carácter semipúblico, sometidas a una regulación estricta y a severos controles por parte la Administración.

2.2.2 Responsabilidad mancomunada

Según el art. 68 LGSS, las Mutuas actúan en régimen interno de responsabilidad mancomunada. En este sentido, esta responsabilidad mancomunada de los empresarios asociados se extiende de manera ilimitada a todas las obligaciones que legal o contractualmente alcancen a la Mutua, sin que sea posible el establecimiento de ninguna limitación por sus Estatutos.

Como consecuencia de la idea de fraccionamiento o prorrateo que identifica a la responsabilidad mancomunada, cada empresario va a responder con su patrimonio de la parte que le corresponda de la deuda de la Mutua, lo que lleva consigo la necesidad de exigir el pago a todos los mutualistas, no pudiendo hacerlo sólo respecto a alguno o algunos de ellos aún cuando fueran solventes y pudieran repetir con posterioridad frente a los demás.

La no limitación de la responsabilidad de los empresarios mutualistas, no obstante, se encuentra matizada desde el punto de vista cronológico, de manera que cada empresario va a quedar obligado a responsabilizarse de las obligaciones sociales correspondientes al período durante el cual haya permanecido asociado a la Mutua. Del mismo modo, dicha responsabilidad no va terminar hasta la liquidación de las obligaciones sociales correspondientes a ese período, o que sean consecuencia de operaciones realizadas en el mismo, sin perjuicio del juego de la prescripción que se producirá, en caso de finalizar la asociación, a los cinco años desde la fecha del ejercicio económico correspondiente.

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social podrá exigir de las Mutuas la ejecución de la responsabilidad mancomunada de sus socios cuando ello resulte preciso para asegurar el otorgamiento de las prestaciones a los trabajadores asegurados.

Respecto a la cantidad a la que cada empresario habrá de hacer frente al ejecutarse esa responsabilidad mancomunada, la determinación de la misma se hará conforme al principio de proporcionalidad, debiendo observarse

en su determinación la salvaguarda de la igualdad de derechos y obligaciones de los empresarios asociados y la proporcionalidad con las cuotas de la Seguridad Social que les correspondan satisfacer en función de las contingencias protegidas en la Mutua.

2.2.3. Ausencia de ánimo de lucro

Este principio, que aparece expresamente previsto en el art. 68.1 LGSS, se ha configurado tradicionalmente como un elemento característico de la figura de las Mutuas que las diferenciaba de las compañías aseguradoras de naturaleza mercantil a las que también se les autorizaba para gestionar las contingencias profesionales y que permitió a aquéllas, a diferencia de estas últimas, permanecer como entidades colaboradoras en la gestión una vez instaurado el Sistema de Seguridad Social en España.

La ausencia de ánimo de lucro como elemento identificador de las Mutuas tiene un doble origen:

- Por un lado la propia estructura asociativa que caracteriza a estas entidades, ajena, tradicionalmente, y por oposición, a la sociedad con fines mercantiles, y, por tanto, a la finalidad económica de obtención de beneficios económicos a favor de los asociados.
- Y por otro el, ya mencionado, ámbito de actuación de las Mutuas, el Sistema de Seguridad Social, configurado como responsabilidad estatal, como servicio público, garante de las situaciones de necesidad de todos los ciudadanos.

Consecuencia de este principio de ausencia de ánimo de lucro, no cabe la devolución a los asociados de los resultados económicos positivos, una vez cubiertos los gastos propios de la Mutua, integrados por el coste de las prestaciones y las reservas reglamentarias, a los que se unen los gastos derivados de los servicios de administración. Para tales resultados positivos se prevé su utilización con fines sociales; así, los “fines generales de prevención y rehabilitación”, entre los que se encuentra el fomento de las actuaciones extraordinarias de las empresas en la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, la adopción de medidas y procesos que contribuyan eficazmente y de manera contrastable a la reducción de la siniestralidad laboral, el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias comunes de las empresas,...

La ausencia de ánimo de lucro de las Mutuas influye en el carácter que se otorga a los ingresos, que son considerados cuotas de la SS, formando parte, pues, del patrimonio de ésta y afectos al cumplimiento de sus fines. Por este motivo las cuentas y balances de las Mutuas, en cuanto integrados en los de la Seguridad Social, se unen a la cuenta general del Estado y con ello se remiten al Tribunal de Cuentas.

2.2.4. Carácter de colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social

Pese al progresivo aumento del papel de las Mutuas en nuestro Sistema de Seguridad Social, no pueden ser consideradas entidades gestoras, sino que su función se limita a la colaboración en la gestión.

El régimen jurídico de las Mutuas se identifica por una serie de elementos derivados de esta naturaleza de entidades colaboradoras que las diferencian del resto de sujetos que intervienen en la gestión de la Seguridad Social y que ponen de relieve su vinculación con los poderes públicos; así, la consideración de las cantidades recaudadas por las Mutuas como cuotas de la Seguridad Social, la identificación de su patrimonio con el de ésta, la necesaria coordinación con las entidades gestoras y los servicios comunes de la Seguridad Social, la contribución al mantenimiento de éstos, el sometimiento a la tutela del Estado...

Sin embargo, pese a estas características, si hemos de señalar una nota que defina la evolución de la colaboración gestora de las Mutuas es la ampliación de la misma. En primer lugar de su propio ámbito, que de las tradicionales contingencias profesionales ha pasado a englobar también a otras prestaciones como la incapacidad temporal con origen en riesgos comunes, en primer momento, o la prestación por riesgo durante el embarazo y la lactancia, la prestación por cese de actividad de los trabajadores autónomos o la prestación por cuidado de menores enfermos de cáncer u otra enfermedad grave.

Y en segundo lugar, y quizás más importante en cuanto a las consecuencias que de ello derivan, la propia ampliación de las competencias de las Mutuas en el ejercicio de sus facultades colaboradoras, que puede llevar incluso a cuestionarse ese papel de colaboración que tienen asignado legalmente estas entidades y su transformación en “auténticas gestoras” de determinadas parcelas de nuestro Sistema de Seguridad Social. Así, en el ámbito de las contingencias profesionales las Mutuas llevan a cabo una protección integral, en base a la cual vienen a abarcar todas las vertientes de esta protección, desde la prevención hasta la gestión de las prestaciones económicas, pasando por la asistencia sanitaria en toda su amplitud.

En definitiva, una ampliación del ámbito competencial de estas entidades que constituye una ruptura del principio de especialidad que tradicionalmente había caracterizado a las Mutuas y su sustitución simplemente por el de principalidad, en el que la colaboración en la gestión de las contingencias profesionales de la Seguridad Social se convierte en el principal pero no es único objeto, en cuanto podrán asumir “la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidas”.

Quizás la parcela que sirva mejor para ilustrar esa actuación de las Mutuas como algo más que simples colaboradoras en la gestión sea la relacionada con los trabajadores por cuenta propia. Como vimos con anterioridad, desde 1998 queda eliminada la posibilidad de optar entre una Mutua y la Entidad Gestora para asegurar la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes para aquéllos de esos trabajadores que decidan ampliar el ámbito de su acción protectora con esa prestación, eliminación que se extiende también a las contingencias profesionales desde el año 2003. Este trato de favor hacia las Mutuas implica, pues, atribuirles de forma exclusiva parcelas de gestión del Sistema de Seguridad Social, exclusividad que no encaja con la función de colaboración que tienen reconocida y que puede marcar la tendencia en la intervención de estas entidades.

3. REQUISITOS DE CONSTITUCIÓN

Como ya comentábamos, para poder constituir una Mutua es necesaria la correspondiente autorización administrativa, cuya concesión aparece condicionada al cumplimiento de una serie de requisitos. Estos han de mantenerse durante toda la vida de aquélla, de manera que su desaparición conllevará la retirada de la mencionada autorización y la desaparición de la Mutua, abriéndose el correspondiente proceso de liquidación de la misma.

La Orden TIN/2786/2009 implanta el proceso telemático normalizado CAS@ para la tramitación de las solicitudes de autorización –y comunicaciones de los conciertos con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las Mutuas-.

Así pues, como una manifestación más del control público sobre estas entidades, y con la finalidad esencial de garantizar la mayor solvencia y eficacia de estas entidades, con objeto de que las mismas tengan la suficiente consistencia como para cubrir por sí mismas las contingencias en cuya gestión colaboran, se establecen como requisitos de constitución y funcionamiento de las Mutuas:

3.1. Requisitos numéricos: empresarios, trabajadores y cuotas

En primer lugar resulta necesaria una implantación mínima tanto de empresarios como de los trabajadores que prestan servicios para ellos, concretada en un mínimo de 50 empresarios que den ocupación al menos a 30.000 trabajadores y un volumen de cotización por contingencias profesionales no inferior a 20 millones de euros (art. 69 a) LGSS y 9. 2ª RCM). Nada especifica la LGSS sobre las características a cumplir por ambos, por lo que, en principio, cabe interpretar de manera extensa ambos conceptos laborales y así cualquier empresario habrá de ser contabilizado en términos igualitarios respecto de los restantes y se computarán cualesquiera sujetos vinculados a las empresas mediante relaciones laborales.

Por lo que respecta a los trabajadores por cuenta propia que decidan asociarse a una Mutua, el Reglamento de manera expresa considera que la formalización de la protección a través del correspondiente documento de adhesión no implica la adquisición por el trabajador por cuenta propia de la condición de asociado (art. 87 RCM). Esta separación entre asociados y adheridos va a implicar, por tanto, un trato diferenciado entre los dos colectivos concretado en la exclusión de estos últimos de la posibilidad de integrar los órganos de gobierno de las Mutuas y de la responsabilidad mancomunada que sólo se predica de los asociados.

3.2. Limitación de la actividad de la Mutua a la prevista por Ley

Pese a la literalidad de la LGSS y del propio Reglamento, que condicionan la constitución de una Mutua al hecho de que la misma limite su actividad a la colaboración en la protección de las contingencias profesionales (art. 69 b) LGSS) o, más ampliamente a la colaboración en la gestión de la Seguridad Social (art. 9.2 RCM), este requisito ha de ser interpretado de manera extensiva en el sentido de que las Mutuas limiten su actividad al ámbito competencial que les es atribuido por el marco regulador vigente en cada momento. Éste, como hemos visto, engloba actualmente la colaboración gestora en las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y en la de incapacidad temporal por contingencias comunes, además del resto de prestaciones, servicios y actividades que les sean legalmente atribuidas.

3.3. Fianza

En tercer lugar el legislador exige a las Mutuas la necesaria constitución de una fianza a disposición del Ministerio de Empleo y Seguridad Social como garantía del cumplimiento de sus obligaciones y con la finalidad de asegurar

los derechos de los beneficiarios (art. 69 c) LGSS y 9.3ª y 19 RCM). Nos hallamos ante una carga adicional para los empresarios promotores que pone de manifiesto, una vez más, la intención legislativa de controlar estas entidades, manifestado en concreto este control sobre su régimen económico.

La cuantía mínima de esta fianza ha de establecerse en las disposiciones de aplicación y desarrollo de la Ley (art. 69 c) LGSS). Actualmente viene establecida en el art. 19.3 RCM que la fija en un mínimo de 180.303 euros (30.000.000 millones de pesetas). Teniendo como límite este mínimo, la Disp. Adic. Sexta RCM concreta la forma de cálculo de la cuantía de la fianza, que va a hacerse depender de la dimensión de cada Mutua.

Como regla general y puesto que la finalidad de la fianza es asegurar el cumplimiento de las obligaciones de las Mutuas, la misma no va a poder ser objeto de disposición salvo en los supuestos de disolución y liquidación de dichas entidades y siempre que en ese momento no quede ninguna responsabilidad pendiente que pueda afectarla. No obstante, existen excepciones a esta regla en las que va a permitirse la disposición temporal de la fianza inicial y que habrán de ser expresamente autorizadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, bien de oficio o bien a solicitud de la propia Mutua interesada. Con estas excepciones se trata de atender al pago de prestaciones u obligaciones que pesen sobre la entidad (arts. 8.2 y 45 RCM: asegurar el otorgamiento de las prestaciones a los trabajadores asegurados; hacer frente al pago de las sanciones económicas que se le pudieran imponer a la Mutua; cancelar obligaciones pendientes en el proceso liquidatorio; etc.).

No obstante estas excepciones, la posibilidad de disposición de la fianza es meramente temporal, debiendo reponerse la cantidad dispuesta en el plazo máximo de seis meses. En caso contrario, el legislador entiende que habrían dejado de concurrir los requisitos y condiciones necesarios para la constitución y funcionamiento de las Mutuas, procediendo su disolución (art. 38.3 RCM).

Se regula también por el Reglamento la forma que puede revestir la analizada fianza, dejando constancia expresa de la necesidad de que la misma se constituya con fondos de los promotores de la Mutua ajenos a los de la propia entidad y, por consiguiente, al patrimonio de la Seguridad Social (Disp. Adic. sexta RCM). Los posibles gastos, intereses o comisiones que puedan derivar de la formalización de la fianza habrán de ser sufragados con fondos ajenos a la gestión o al patrimonio de la Seguridad Social.

4. ESTATUTOS

Junto a la solicitud de constitución de una Mutua dirigida al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, los promotores habrán de presentar los Estatutos que han de regir la actuación de la entidad.

Constituyen una manifestación clara de la capacidad normativa interna de las Mutuas, en cuanto asociaciones de sujetos privados, para regular su funcionamiento. Pero una vez más el carácter de colaboradoras en una parcela pública responsabilidad del Estado determina el establecimiento de controles sobre esta facultad.

Estos controles por parte de los poderes públicos presentan dos manifestaciones fundamentales:

- 1) Por un lado la determinación legal de los elementos que necesariamente tendrán que aparecer previstos en los Estatutos, lo que constituye una evidente limitación de la libertad de los empresarios promotores para regular el funcionamiento de la entidad en cuestión. Así, el legislador ha establecido el contenido mínimo de dichos estatutos en el que aparecen incluidas las cuestiones que principalmente afectan a la vida de la Mutua.

En concreto habrá de aparecer la denominación, objeto, domicilio social y duración de la entidad, pudiendo ésta ser ilimitada, lo cual suele ser lo más frecuente, así como el régimen jurídico y económico-administrativo de la entidad, debiendo especificarse en ambos casos los extremos de régimen jurídico y del régimen económico que, de manera detallada, aparecen previstos en el art. 20.1 RCM. Junto a estas previsiones, necesarias por imperativo legal, los promotores podrán regular todos aquéllos extremos que entiendan de interés para la constitución y funcionamiento de su asociación con el único límite de que esas previsiones no se opongan al ordenamiento jurídico.

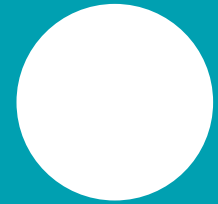
- 2) Y por otra parte el control público aparece referido al procedimiento de elaboración de los estatutos de las Mutuas, al ser necesaria su aprobación administrativa, al tiempo que se aprueba la constitución de la Mutua, así como cualquier modificación posterior de los mismos (art. 18.1 y 20.2 RCM). No obstante - igual que la autorización administrativa de la Mutua- no nos encontramos ante un acto discrecional de la Administración. Dicha aprobación se configura también como un acto reglado que deberá ser otorgado si se comprueba la concurrencia de los elementos exigidos legalmente y no se opone al ordenamiento jurídico.

CUADRO RESUMEN. MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

CARACTERÍSTICAS	REQUISITOS
NATURALEZA PRIVADA (fuerte control público)	NÚMERO MÍNIMO DE EMPRESARIOS (50) Y TRABAJADORES (30.000)
RESPONSABILIDAD MANCOMUNADA	VOLUMEN MÍNIMO DE CUOTAS
AUSENCIA DE ÁNIMO DE LUCRO	CONSTITUCIÓN DE FIANZA DETERMINADA REGLAMENTARIAMENTE
CARÁCTER DE COLABORADORAS EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	ACTUACIÓN LIMITADA A LOS ÁMBITOS PREVISTOS POR LEY
	AUTORIZACIÓN DEL MESS
	ESTATUTOS (CONTENIDO MÍNIMO ESTABLECIDO LEGALMENTE)

B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER

- **AUSENCIA DE ÁNIMO DE LUCRO:** Principio básico de la gestión de la Seguridad Social y característica tradicional de las Mutuas, en virtud de la cual no es posible la devolución a los asociados de los resultados económicos positivos de la Mutua una vez cubiertos los gastos propios de la Mutua.
- **ESTATUTOS DE UNA MUTUA:** Norma reguladora del funcionamiento de una Mutua, cuyo borrador ha de ser presentado ante el Ministerio de Empleo y Seguridad Social junto a la solicitud de constitución de la Mutua y que requiere la previa autorización de dicho Ministerio. Su contenido mínimo viene establecido legalmente.
- **MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL:** Asociación privada de empresarios constituida mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo. Las Mutuas se caracterizan por la ausencia de ánimo de lucro y la responsabilidad mancomunada de sus miembros.
- **RESPONSABILIDAD MANCOMUNADA DE LOS ASOCIADOS A UNA MUTUA:** Elemento característico de las Mutuas, en virtud del cual cada empresario asociado responde con su patrimonio de la parte que le corresponda de la deuda de la Mutua, determinada en proporción a las cuotas de la Seguridad Social que les correspondan satisfacer en función de las contingencias protegidas en la Mutua. La responsabilidad de los empresarios asociados se extiende de manera ilimitada a todas las obligaciones que legal o contractualmente alcancen a la Mutua.



Estructura Orgánica



5

ÍNDICE

A. Contenido

B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO

ÍNDICE

- 1. Órganos de gobierno**
 - 1.1. Junta General**
 - 1.2. Junta Directiva**
 - 1.2.1 Concepto**
 - 1.2.2. Miembros**
 - 1.2.3. Funciones**
 - 1.2.4. Presidente de la Junta Directiva**
 - 1.2.5. Medidas cautelares**
 - 1.2.6. *Responsabilidad***
 - 1.2.7. *Retribución***
 - 1.3. Director Gerente**

- 2. Órganos de participación**
 - 2.1. Comisión de control y seguimiento**
 - 2.2. Comisión de prestaciones especiales**

- 3. Otras formas de gestión. Entidades y centros mancomunados**

La estructura orgánica de las Mutuas se regula en:

- Artículo 71 LGSS (precepto introducido por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social).
- Capítulo IV del RD 1993/1995, de 7 de diciembre

El segundo párrafo de la disposición final quinta de la Ley 35/2014, dispone que “En el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de esta ley el Gobierno aprobará cuantas normas reglamentarias sean necesarias en relación con el régimen de funcionamiento de los órganos de gobierno, gastos de administración, procedimiento de formalización de los convenios de asociación y documentos de adhesión, así como su contenido y efectos, régimen de retribuciones y de aplicación de las reservas de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”

Uno de los aspectos que ha sido modificado por la Ley 35/2014 ha sido el de su organización, en lo relativo a:

- Número de componentes de la Junta Directiva: se mantiene el máximo de 20, pero se establece un número mínimo de 10, de los cuales el treinta por ciento corresponderá a aquellas empresas que cuenten con un mayor número de trabajadores (siguiendo en parte las orientaciones recogidas en la letra d de la hoy derogada disposición adicional 14^a de la Ley 27/2011)
- Se fortalece la figura del Presidente de la Mutua, al precisar que el Director Gerente “mantendrá informado al Presidente de la gestión de la Mutua y seguirá las indicaciones que el mismo, en su caso, le imparta”.
- Se modifica el régimen retributivo del Director Gerente, al limitar las restricciones presupuestarias a las retribuciones básicas, no a las complementarias.
- Se amplía la composición de la Comisión de Control y Seguimiento, que pasa a tener un máximo de 12 miembros (hasta ese momento era de 6 a 10), e integra a un representante de los autónomos adheridos (también se integra en la Comisión de Prestaciones Especiales).

Todas las Mutuas tienen una estructura orgánica básica idéntica, diferenciándose dos tipos de órganos:

- órganos de gobierno: Junta General, Junta Directiva y Director Gerente.
- órganos de participación: Comisión de control y seguimiento

Junto a ellos, se contempla la Comisión de prestaciones especiales, sin que la Ley lo clasifique según su naturaleza, limitándose el artículo 71 a indicar su función: es el órgano a quien corresponde la concesión de los beneficios de la asistencia social potestativa prevista en el artículo 75 bis.1.b).

La Ley y el reglamento regulan el marco mínimo de la estructura orgánica, habiendo ciertos aspectos que dependen de lo indicado en los *Estatutos* de cada Mutua, como son:

- respecto de la Junta Directiva, el número de miembros que la compongan (cumpliendo el mínimo y máximo fijado por el art. 71.2 LGSS, es decir, entre diez y veinte empresarios, más un representante de los trabajadores dependientes de la mutua, y un autónomo adherido).
- respecto de las Juntas General y Directiva: número de reuniones y requisitos de la convocatoria, así como posible exigencia de mayoría cualificada para la adopción de determinados acuerdos. No obstante, el nuevo artículo 71.2 LGSS se remite en estos aspectos al desarrollo reglamentario, no a los Estatutos de la mutua.
- creación de los órganos consultivos que se estimen convenientes
(*por ejemplo: Junta Consultiva, Juntas Territoriales, Consejos Regionales, etc.*)

1. ÓRGANOS DE GOBIERNO

1.1. Junta General

La Junta General es el órgano de gobierno superior de la Mutua. Se regula en el artículo 71.2 LGSS (en la redacción dada por la Ley 35/2014)

La integran:

- todos los empresarios asociados
- una representación de los trabajadores por cuenta propia adheridos en los términos que reglamentariamente se establezcan
- un representante de los trabajadores dependientes de la Mutua

Carecerán de derecho a voto aquellos empresarios asociados, así como los representantes de los trabajadores por cuenta propia adheridos, que no estén al corriente en el pago de las cotizaciones sociales.

La Junta General se reunirá

- a) con carácter ordinario, una vez al año para aprobar el anteproyecto de presupuestos y las cuentas anuales
- b) con carácter extraordinario, las veces que sea convocada por la Junta Directiva cumplidos los requisitos que reglamentariamente se establezcan para su convocatoria y celebración.

Es competencia de la Junta General, en todo caso, la designación y renovación de los miembros de la Junta Directiva, ser informada sobre las dotaciones y aplicaciones del patrimonio histórico, la reforma de los Estatutos, la fusión, absorción y disolución de la Entidad, la designación de los liquidadores y la exigencia de responsabilidad a los miembros de la Junta Directiva.

Reglamentariamente se regulará:

- el procedimiento y requisitos de convocatoria de las Juntas Generales
- el régimen de deliberación y adopción de sus acuerdos
- el ejercicio por los asociados de las acciones de impugnación de los acuerdos que sean contrarios a la ley, a los reglamentos e instrucciones de aplicación a la Mutua o lesionen el interés de la entidad en beneficio de uno o varios asociados o de terceros, así como los intereses de la Seguridad Social. La acción de impugnación caducará en el plazo de un año desde la fecha de su adopción.

JUNTA GENERAL

Concepto	Órgano supremo de gobierno
Miembros	<p>Todos los empresarios asociados (solo derecho de voto si está al corriente)</p> <hr/> <p>Un trabajador de la Mutua</p> <p>¿cuál?: entre los miembros de representación unitaria, o en su caso, de los representantes sindicales del personal. ¿quién lo elige? entre los propios miembros de los mismos ¿cuántos votos necesita? el que obtenga mayor número de votos en caso de empate, el que haya obtenido más votos en las elecciones sindicales Duración del mandato: mientras se mantenga en el cargo de delegado o representante de personal que le permitió acceder (si expira mandato, lo reemplaza el elegido como suplente)</p> <hr/> <p>Una representación de los trabajadores autónomos adheridos (pendiente de desarrollo reglamentario)(derecho de voto condicionado al estar al corriente)</p>
Funciones	<p>- Las que le atribuyan los Estatutos</p> <p>- Obligatoriamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Designación y remoción de los asociados que integran la Junta Directiva. 2. Aprobación de los anteproyectos de presupuestos y cuentas anuales. 3. Información sobre las dotaciones y aplicaciones del patrimonio histórico 4. Reforma de los Estatutos. 5. Fusión, absorción y disolución. 6. Designación de los liquidadores (salvo cuando los nombre el Ministerio de Empleo). 7. Exigencia de responsabilidad a los miembros de la Junta directiva.

Convocatorias	Junta General ordinaria: al menos una vez al año para tratar la aprobación de los anteproyectos de presupuestos y cuentas anuales Junta General extraordinaria: al margen de los supuestos que la Junta Directiva estime, para la reforma de Estatutos; fusión, absorción o disolución.
Adopción de acuerdos	Regla general, mayoría simple de los asistentes. Los Estatutos pueden exigir una mayoría cualificada para determinados acuerdos. El RD 1993/1995 exige mayoría cualificada para: Reforma de los estatutos Fusión, absorción o disolución
Medidas cautelares	No se prevén
Responsabilidad	No se prevé

1.2. JUNTA DIRECTIVA

1.2.1 Concepto

Es el órgano colegiado al que corresponde el gobierno directo de la Mutua.

1.2.2. Miembros

Estará compuesta por:

- entre diez y veinte empresarios asociados, de los cuales el treinta por ciento corresponderá a aquellas empresas que cuenten con mayor número de trabajadores, determinadas con arreglo a los tramos que se establecerán reglamentariamente. Serán designados por la Junta General
- un trabajador por cuenta propia adherido, designado por la Junta General
- El representante de los trabajadores que forma parte de la Junta General

El nombramiento como miembro de la Junta Directiva estará supeditado a la confirmación del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a excepción del representante de los trabajadores.

El Director Gerente suele actuar como Secretario.

1.2.3. Funciones

Es competencia de la Junta Directiva:

- la convocatoria de la Junta General
- la ejecución de los acuerdos adoptados por la misma
- la formulación de los anteproyectos de presupuestos y de las cuentas anuales, que deberán ser firmados por el Presidente de la entidad
- la exigencia de responsabilidad al Director Gerente
- demás funciones que se establezcan no reservadas a la Junta General.

Reglamentariamente se regulará el régimen de funcionamiento de la Junta Directiva y de exigencia de responsabilidad.

1.2.4. Presidente de la Junta Directiva

Entre los miembros de la Junta Directiva se designará al Presidente de la misma. Corresponde al Presidente de la Junta Directiva:

- la representación de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social
- la convocatoria de las reuniones a la misma
- moderar sus deliberaciones.

El Director Gerente mantendrá informado al Presidente de la gestión de la Mutua y seguirá las indicaciones que el mismo, en su caso, le imparta. Por tanto, se refuerza la figura del Presidente de la Junta respecto de la situación anterior a la Ley 35/2014.

El régimen de indemnizaciones que se establezca regulará las que correspondan al Presidente de la Mutua por las funciones específicas atribuidas y que en ningún caso podrán superar en su conjunto las retribuciones del Director Gerente.

No podrá recaer simultáneamente en la misma persona más de un cargo de la Junta Directiva, ya sea por sí misma o en representación de otras empresas asociadas, ni podrán formar parte de la Junta las personas o empresas que mantengan relación laboral o de servicios con la Mutua, a excepción del representante de los trabajadores.

1.2.5. Medidas cautelares

Todos los cargos de la Mutua, incluyendo los miembros de la Junta Directiva, tienen prohibida la realización de determinadas actividades mercantiles con la Mutua. En concreto:

- No podrán comprar ni vender para sí mismos, ni directa ni por persona o entidad interpuesta, cualquier activo patrimonial de la entidad.
- No podrán *celebrar contratos de ejecución de obras, de realización de servicios o de entrega de suministros, excepto las empresas de servicios financieros o de suministros esenciales, que requerirán para contratar autorización previa del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*
- *No podrán celebrar contratos en los que concurren conflictos de intereses*

Tampoco podrán realizar esos actos quienes estén vinculados a los miembros de la Junta de Dirección mediante relación de parentesco, en línea directa o colateral, por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado, ni las personas jurídicas en las que cualquiera de las mencionadas personas, cargos o parientes sean titulares, directa o indirectamente, de un porcentaje igual o superior al 10 por ciento del capital social, ejerzan en las mismas funciones que impliquen poder de decisión o formen parte de sus órganos de administración o gobierno.

1.2.6. Responsabilidad

Los miembros de la Junta Directiva, el Director Gerente y las personas que ejerzan funciones ejecutivas serán responsables directos frente a la Seguridad Social, la Mutua y los empresarios asociados de los daños que causen por sus actos u omisiones contrarios a las normas jurídicas de aplicación, a los Estatutos o a las instrucciones dictadas por el órgano de tutela, así como por los realizados incumpliendo los deberes inherentes al desempeño del cargo, siempre y cuando haya intervenido dolo o culpa grave. Se entenderán como acto propio las acciones y omisiones comprendidas en los respectivos ámbitos funcionales o de competencias.

La responsabilidad de los miembros de la Junta Directiva será solidaria. No obstante, estarán exentos aquellos miembros que prueben que, no habiendo intervenido en la adopción o ejecución del acto, desconocían su existencia o, conociéndola, hicieron todo lo conveniente para evitar el daño o, al menos, se opusieron expresamente a él.

1.2.7. Retribución

La condición de miembro de la Junta Directiva -al igual que la de miembro de las Comisión de Control y Seguimiento y la de Prestaciones Especiales- será gratuita, sin perjuicio de que la Mutua en la que se integren les indemnice y compense por los gastos de asistencia a las reuniones de los respectivos órganos, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

JUNTA DIRECTIVA

Concepto	Órgano encargado del gobierno directo e inmediato de la Mutua
Miembros	<p>Entre 10 y 20 empresarios asociados (elegidos por la Junta General, elección que debe ser confirmada por el Ministerio de Empleo).</p> <p>1 trabajador autónomo adherido (elegido por la Junta General, elección que debe ser confirmada por el Ministerio de Empleo)</p> <p>1 trabajador (el que representa a los trabajadores de la Mutua en la Junta General)</p> <p>No pueden ser elegidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empresas que no estén al corriente - Las personas que, en su condición de agentes o comisionistas, se dediquen a la tramitación por cuenta de la Mutua, de convenios de asociación. - Cualquier persona que mantenga con la Mutua relación laboral, de prestación de servicios de carácter profesional o que, por cualquier otro concepto, perciba de la entidad prestaciones económicas, a excepción del representante de los trabajadores. - Las empresas o personas que formen parte de la Junta Directiva, la Comisión de Control y Seguimiento, la Comisión de Prestaciones Especiales o desempeñen la dirección ejecutiva de otra Mutua. <p>El Director Gerente (con voz pero sin voto)</p>
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Las que le atribuyan los Estatutos - Obligatoriaente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Representa a la Mutua 2. Realizar la convocatoria de la Junta general 3. Ejecutar los acuerdos adoptados por la misma 4. Nombra al Director Gerente 5. Exigir responsabilidad al Director Gerente 6. Suscribir los anteproyectos de presupuestos y cuentas anuales

Convocatorias	Conforme se indique en los Estatutos
Adopción de acuerdos	Regla general, mayoría simple de los asistentes. Los Estatutos pueden exigir una mayoría cualificada para determinados acuerdos.
Medidas cautelares	No podrán comprar ni vender para sí mismos, ni directa ni por persona o entidad interpuesta, cualquier activo patrimonial de la entidad. <i>No podrán celebrar contratos de ejecución de obras, de realización de servicios o de entrega de suministros, excepto las empresas de servicios financieros o de suministros esenciales, que requerirán para contratar autorización previa del Ministerio de Empleo y Seguridad Social</i> <i>No podrán celebrar contratos en los que concurren conflictos de intereses</i> <i>Tampoco podrán realizar esos actos quienes estén vinculados a los miembros de la Junta de Dirección mediante relación de parentesco, en línea directa o colateral, por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado, ni las personas jurídicas en las que cualquiera de las mencionadas personas, cargos o parientes sean titulares, directa o indirectamente, de un porcentaje igual o superior al 10 por ciento del capital social, ejerzan en las mismas funciones que impliquen poder de decisión o formen parte de sus órganos de administración o gobierno.</i>
Responsabilidad	Responsabilidad solidaria: de los acuerdos lesivos adoptados por la misma, frente a la Seguridad Social, la Mutua y los empresarios asociados, por el daño que causen por actos contrarios a la normativa aplicable o a los estatutos, así como por los realizados sin la diligencia con la que deben desempeñar el cargo. Los estatutos establecerán dicha responsabilidad y la forma de hacerla efectiva. Exoneración de responsabilidad Si prueban que, no habiendo intervenido en su adopción y ejecución, desconocían su existencia o conociéndola hicieron todo lo conveniente para evitar el daño o, al menos, se opusieron expresamente a él. No exonerará de responsabilidad el que el acto o acuerdo lesivo haya sido adoptado, autorizado o ratificado por la Junta general.
Compensación económica	Regla general: prohibición de que los asociados que desempeñen cargos directivos en una mutua perciban cualquier clase de retribución por su gestión Excepción: compensaciones que puedan percibir por la asistencia a las reuniones de la junta directiva (Orden TIN/246/2010, de 4 de febrero, fija las compensaciones a satisfacer a los miembros de la junta directiva y de la comisión de prestaciones especiales)

1.3. Director gerente y resto de personal que ejerza funciones ejecutivas

El Director Gerente es el órgano que ejerce la dirección ejecutiva de la Mutua y a quien corresponde desarrollar sus objetivos generales y la dirección ordinaria de la entidad, sin perjuicio de estar sujeto a los criterios e instrucciones que, en su caso, le impartan la Junta Directiva y el Presidente de la misma.

El Director Gerente estará vinculado mediante contrato de alta dirección regulado por el Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección.

Será nombrado por la Junta Directiva, estando supeditada la eficacia del nombramiento y la del contrato de trabajo a la confirmación del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

No podrán ocupar el cargo de Director Gerente quienes:

- pertenezcan al Consejo de Administración
- desempeñen actividad remunerada en cualquier empresa asociada a la Mutua
- sean titulares de una participación igual o superior al 10 por ciento del capital social de aquellas o bien la titularidad corresponda al cónyuge o hijos de aquél.
- hayan sido suspendidos de sus funciones en virtud de expediente sancionador hasta que se extinga la suspensión.

El resto del personal que ejerza funciones ejecutivas dependerá del Director Gerente, estará vinculado por contratos de alta dirección y también estará sujeto al régimen de incompatibilidades y limitaciones previstas para el Director Gerente. El número máximo de personas que ejerzan funciones ejecutivas en cada Mutua estará sujeto a los límites previstos en el Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo, por el que se regula el régimen retributivo de los máximos responsables y directivos del sector público empresarial y otras entidades.

En cuanto a las medidas cautelares y régimen de responsabilidad, se fijan las mismas reglas que para la Junta Directiva, por lo que nos remitimos a lo expuesto en el apartado anterior.

A efectos retributivos, así como para la determinación del número máximo de personas que ejerzan funciones ejecutivas en las Mutuas, la Ministra de Empleo y Seguridad Social clasificará a las Mutuas por grupos en función de su volumen de cuotas, número de trabajadores protegidos y eficiencia en la gestión.

Las retribuciones del Director Gerente y del personal que ejerza funciones ejecutivas en las Mutuas se clasificarán en básicas y complementarias y estarán sujetas a los límites máximos fijados para cada grupo por el Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo. En ambos casos las fija la Junta Directiva, aunque los límites son distintos según que nos encontremos ante la retribución básica o complementaria

- a) Las retribuciones básicas del Director Gerente y del personal que ejerza funciones ejecutivas Incluyen su retribución mínima obligatoria y se fijarán por la Junta Directiva conforme al grupo de clasificación en que resulte catalogada la Mutua. Por tanto, las retribuciones básicas deben tener como referente lo aprobado por el Ministerio.
- b) Retribuciones complementarias
Las retribuciones complementarias del Director Gerente y del personal que ejerza funciones ejecutivas comprenden un complemento del puesto y un complemento variable, que se fijarán por la Junta Directiva de la Mutua.
 - El complemento del puesto se asignará teniendo en cuenta la situación retributiva del directivo en comparación con puestos similares del mercado de referencia, la estructura organizativa dependiente del puesto, el peso relativo del puesto dentro de la organización y el nivel de responsabilidad.
 - El complemento variable, que tendrá carácter potestativo, retribuirá la consecución de unos objetivos previamente establecidos por la Junta Directiva de la Mutua de conformidad con los criterios que pueda fijar el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estos objetivos tendrán carácter anual y deberán estar fundamentados en los resultados del ejercicio generados por la Mutua en la gestión de las diferentes actividades de la Seguridad Social en las que colabora.

En ningún caso, la retribución total puede exceder del doble de la retribución básica y ningún puesto podrá tener una retribución total superior a la que tenía con anterioridad 1 de enero de 2015.

En la Unidad Didáctica 7 reiteramos estas nociones, incluyendo un cuadro de las retribuciones de los Directores Gerentes de todas las Mutuas.

DIRECTOR GERENTE	
Concepto	Profesional contratado por la Junta Directiva para ejercer funciones de dirección y gerencia
Elección	<p>La Junta Directiva designará al Director Gerente entre las personas no excluidas</p> <p>El Ministerio de Empleo debe confirmar el nombramiento del designado (entendiéndose confirmado por silencio administrativo en el plazo de quince días)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Personas excluidas:</p> <p>quienes pertenezcan al Consejo de Administración</p> <p>quienes desempeñen actividad remunerada en cualquier empresa asociada a la Mutua</p> <p>quienes sean titulares de una participación igual o superior al 10 por ciento del capital social de aquellas o bien la titularidad corresponda al cónyuge o hijos de aquél</p> <p>quienes hayan sido suspendidos de sus funciones en virtud de expediente sancionador hasta que se extinga la suspensión.</p>
Funciones	- Las que le atribuyan los Estatutos y le delegue la Junta Directiva
Retribución	<p>La fija la Junta Directiva, con unos límites que difieren según estemos ante la retribución básica o complementaria</p> <p>Básica: conforme al grupo de clasificación en el que resulte catalogada la Mutua (clasificación fijada por el Ministerio)</p> <p>Complementaria:</p> <p>Tiene un límite general, y es que la retribución total no puede superar el doble de la básica</p> <p>Modalidades: complemento de puesto; complemento variable (por objetivos)</p>
Medidas cautelares	Remisión a lo expuesto en Junta de Dirección
Responsabilidad	<p>Responde frente a la Seguridad Social, la Mutua y los empresarios asociados, por el daño que cause por actos contrarios a la normativa aplicable o a los estatutos, así como por los realizados sin la diligencia con la que debe desempeñar el cargo.</p> <p>Los estatutos establecerán dicha responsabilidad y la forma de hacerla efectiva.</p> <p>Exoneración de responsabilidad</p> <p>En ningún caso exonerará de responsabilidad el que el acto lesivo haya sido autorizado o ratificado por la Junta general.</p>

2. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN

Advertencia sistemática: dado que los órganos de participación son objeto de un análisis singularizado en la Unidad Didáctica 11, en ésta nos limitaremos a conceptuar las Comisiones a través de las que se articula la participación.

2.1. Comisión de control y seguimiento

Es un órgano de representación paritaria que tiene como objetivo posibilitar la participación institucional de las centrales sindicales más representativas en el control y seguimiento de las Mutuas. Le corresponde:

- conocer e informar de la gestión que realiza la entidad en las distintas modalidades de colaboración
- proponer medidas para mejorar el desarrollo de las mismas en el marco de los principios y objetivos de la Seguridad Social
- informar el anteproyecto de presupuestos y las cuentas anuales
- conocer los criterios que mantiene y aplica la Mutua en el desarrollo de su objeto social.

2.2. Comisión de prestaciones especiales

Es un órgano de representación paritaria que articula la participación institucional de los trabajadores asistidos por la Mutua. Tiene a su cargo la concesión de los beneficios de la asistencia social que hayan de ser satisfechos por las mutuas, con cargo a los créditos presupuestarios de cada ejercicio.

3. OTRAS FORMAS DE GESTIÓN. CENTROS MANCOMUNADOS

Con objeto de lograr mayor eficacia y racionalización en la utilización de los recursos gestionados, se posibilita que las Mutuas recurran a mecanismos de colaboración y cooperación. El RD 38/2010, de 15 de enero, añadió un nuevo Título III al RD 1993/1995, contemplando dos modalidades:

- Entidades mancomunadas, a través de las cuales se podía llevar a cabo la puesta en común de cuantos instrumentos, medios, instalaciones y servicios adscritos a las mutuas partícipes, preexistentes o no, sean necesarios en orden a la mayor eficacia en la utilización de los recursos públicos gestionados por aquéllas.
- Centros mancomunados, para la puesta en común de medios con el fin de establecer instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores para la prestación de la asistencia y la recuperación de los trabajadores incluidos en el ámbito de protección de las mutuas partícipes.

Estas entidades y centros mancomunados se asimilan a Mutuas a todos los efectos (régimen legal y económico), gozando de personalidad jurídica propia.

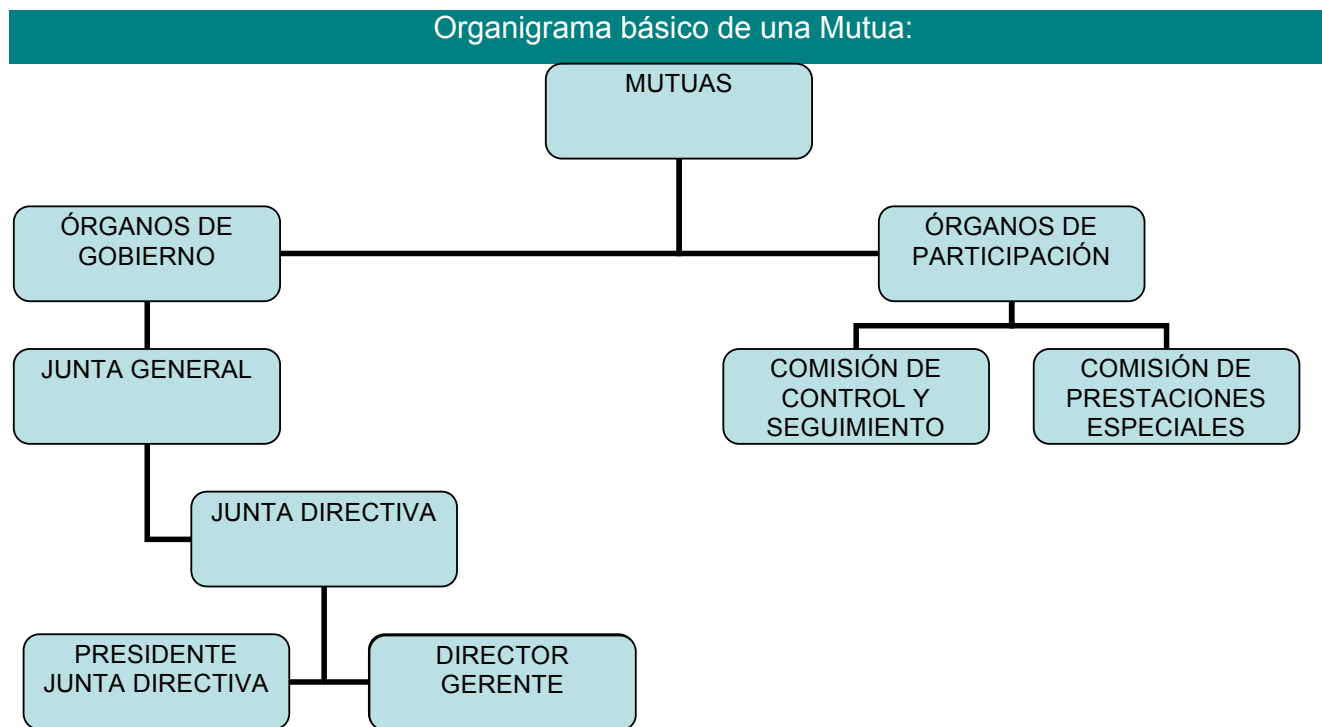
Sin embargo, las Entidades Mancomunadas fueron suprimidas por el RD 701/2013, de 20 de septiembre, de racionalización del sector público, al entender que los objetivos de tales Entidades “pueden cumplirse mediante los oportunos instrumentos de colaboración entre Mutuas, como son Convenios y Acuerdos, que no exigen la presencia de una persona jurídica interpuesta, ni absorben parte de la actividad autorizada a las partícipes, lo que supone ahorrar unos costes por infraestructuras administrativas y materiales que son innecesarios” (Exposición de Motivos RD 701/2013).

Las Entidades Mancomunadas se regulaban en el Capítulo II del Título III del RD 1993/1995, derogado por el Real Decreto 701/2013, de 20 de septiembre, de racionalización del sector público. Sin embargo, según lo dispuesto en la disposición derogatoria de la citada norma, el Capítulo II seguirá siendo de aplicación a los Centros Mancomunados de Mutuas, en lo que no resulte incompatible con su naturaleza y características, de conformidad con la remisión recogida en el Capítulo III del Título III de este Reglamento.

Respecto de la intervención de los representantes de los trabajadores, cuando la constitución de un centro mancomunado o la adhesión a un centro ya constituido tuviera alguna consecuencia en las relaciones laborales de los trabajadores de las mutuas partícipes, la adopción de las medidas relativas a los trabajadores requerirá:

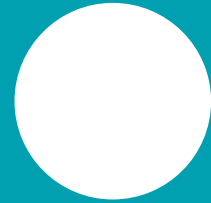
- el acuerdo con la representación de los trabajadores o
- en su defecto, la acreditación de las negociaciones efectuadas en orden a la obtención de dicho acuerdo.

B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER

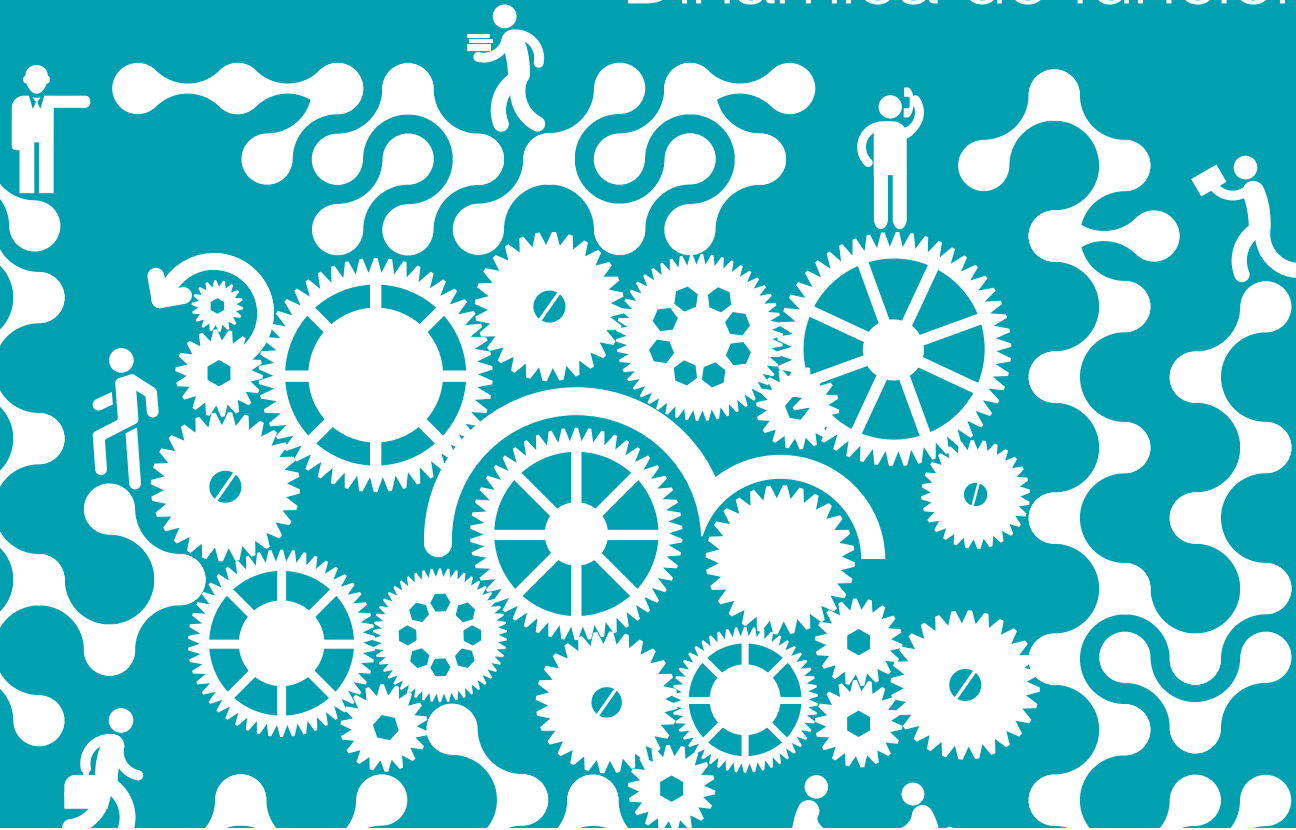


**ÓRGANOS DE GOBIERNO.
CUADRO RESUMEN MIEMBROS DE LAS JUNTAS**

	JUNTA GENERAL	JUNTA DIRECTIVA
EMPRESARIOS ASOCIADOS	Todos - si al corriente: voz y voto - si no al corriente: voz pero no voto	Los elegidos por la Junta General (solo si al corriente)
TRABAJADORES DE LA MUTUA	Uno	
AUTÓNOMOS ADHERIDOS	Una representación - si al corriente: voz y voto - si no al corriente: voz pero no voto	Uno
TRABAJADORES ASEGURADOS	No	
MINISTERIO DE EMPLEO	A criterio del Ministerio	No
DIRECTOR GERENTE	No	Sí (con voz pero sin voto)



Dinámica de funcionamiento



6

ÍNDICE

A. Contenido de la unidad

B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO

ÍNDICE

- 1. La opción empresarial en la elección de la entidad responsable de la cobertura por AT/EP de sus trabajadores. La participación de los trabajadores en la elección de la Mutua**
 - 1.1. Empresas que pueden optar**
 - 1.2. ¿Qué mutua?**

- 2. El Convenio de asociación y de adhesión**
 - 2.1. Convenio de asociación**
 - 2.1.1. Convenio y documento de asociación**
 - 2.1.2. Proposición y documento de proposición de asociación**
 - 2.1.3. Contenido**
 - 2.1.4. Duración**
 - 2.2. Convenio de adhesión**

- 3. Obligaciones de la Mutua y de los empresarios asociados**
 - 3.1. Obligaciones de la Mutua**
 - 3.2. Obligaciones del empresario asociado**
 - 3.3. Obligaciones del autónomo adherido**

- 4. Efectos del incumplimiento empresarial**

1. LA OPCIÓN EMPRESARIAL EN LA ELECCIÓN DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LA COBERTURA POR AT/EP DE SUS TRABAJADORES. LA PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN LA ELECCIÓN DE LA MUTUA

1.1. Empresas que pueden optar

Todos los empresarios y autónomos, antes del inicio de la actividad y con carácter anual, tienen que optar por la entidad que va a ser la encargada de cubrir las contingencias profesionales y la incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes de sus trabajadores (o suyas, en el caso de los autónomos), eligiendo (art. 72.1 LGSS):

- bien las entidades gestoras de la seguridad social (INSS/ISM)
- bien una mutua de AT/EP.

Esta libertad de opción no existe en dos situaciones, en las que obligatoriamente debe elegirse una Mutua:

- Trabajadores autónomos respecto de su propia cobertura durante la IT y frente a contingencias profesionales (cobertura esta última que es optativa, pero que si se incluye debe realizarse obligatoriamente con una Mutua)(arts. 74 y 85 RD 1993/1995).
- las Mutuas respecto de sus trabajadores, estando obligadas directamente a la protección de los riesgos profesionales y de la prestación por IT por riesgos comunes de los mismos (DA 1.ª RD 1993/1995).

Hasta 1990 se prohibía que las entidades y empresas del sector público y asimiladas (concesionarias y contratistas de obras y servicios públicos y empresas calificadas de interés nacional o preferente) pudieran optar por una Mutua. Desde entonces es posible, salvo si se trata de cobertura de funcionarios incluidos en un régimen especial funcional de la Seguridad Social.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que esta opción solo procede respecto de los trabajadores que tengan cobertura por contingencias profesionales: Régimen General (incluyendo sistemas especiales agrario y del hogar), Mar, Minería, y RETA (voluntariamente).

Los datos suministrados por AMAT a diciembre de 2014, revelan una clara preferencia por las Mutuas frente a las entidades gestoras:

	Empresas	Trabajadores cubiertos
IT por contingencias comunes (sin computar sistema Especial Agrario)	82,36% (1.166.999)	74,77% (11.845.732)
Contingencias profesionales	98,27% (1.397.682)	95,98% (12.402.781)

Fuente: http://www.amat.es/cd_afiliacion.php

1.2. ¿Qué mutua?

La empresa debe proteger a todos los trabajadores que presten servicios en centros de trabajo de una misma provincia con una misma Mutua (art. 72.1.a LGSS), cuyo ámbito de actuación, a su vez, se extienda a ese territorio (art. 61 RD 1993/1995). A estos efectos, la delimitación del centro de trabajo será la establecida en el art. 1.5 del Estatuto de los Trabajadores. En consecuencia, una empresa no está obligada a proteger todos los trabajadores con una misma Mutua, sino tan sólo a los que desarrollen su actividad en la misma provincia, pudiendo asociarse a varias Mutuas si se trata de una empresa con centros de trabajo y trabajadores en distintas provincias (arts. 11.2.3.º y 14 RD 84/1996).

La decisión en la elección de Mutua para formalizar la protección de AT y EP, corresponde en exclusiva al empresario.

La participación de los trabajadores en dicha elección es escasa, limitándose a la emisión de un informe por parte de los órganos de representación unitaria. Así, “los empresarios, al suscribir el correspondiente documento de asociación, o el de proposición, deberán entregar a la Mutua informe emitido al respecto por el comité de empresa o delegado de personal, salvo que éstos no existieran” (Art. 69.3 RD 1993/1995). Este informe es preceptivo:

- tanto cuando para la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores se opte por una Mutua.
- como para la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes.

2. EL CONVENIO DE ASOCIACIÓN Y DE ADHESIÓN

2.1. Convenio de Asociación

2.1.1. Convenio y documento de Asociación

El empresario que opte por una Mutua deberá asociarse a la misma, suscribiendo el denominado “convenio de asociación”. Las Mutuas habrán de aceptar toda proposición de asociación y de adhesión que les formulen, en los mismos términos y con igual alcance que las Entidades Gestoras de la Seguridad Social asumen la cobertura de que se trate.

La opción de cobertura de los trabajadores de una empresa a través de una Mutua se hará constar en uno o dos documentos, según que incluya o no la cobertura de la IT por contingencias comunes:

- documento de asociación (para la cobertura de las contingencias profesionales)
- anexo al documento de asociación (para la cobertura de la IT por riesgos comunes).

La opción de cobertura de la IT por riesgos comunes a través de una Mutua está subordinada a la de protección previa o simultánea por la misma Mutua de los riesgos profesionales. Si se renuncia a ésta también se renunciará a aquella, aunque no al contrario (art. 69 RD 1993/1995).

En caso de que se renuncie a la cobertura de la IT por riesgos comunes por parte de la Mutua, manteniéndose no obstante la asociación para la protección de los riesgos profesionales, aquella prestación sólo podrá pasar a

gestionarse por la Entidad gestora, y sólo podrá volver a concertarse con una Mutua cuando venza el convenio de asociación para la protección de los riesgos profesionales, bien con la misma, bien con otra, pero siempre conjuntamente (art. 69 RD 1993/1995).

2.1.2. Proposición y documento de proposición de Asociación

Cuando el convenio de asociación no pueda suscribirse de manera inmediata, irá precedido de una proposición de asociación que, aceptada por la Mutua y recogida en el documento correspondiente, implicará que aquélla asumirá las obligaciones que se deriven de la asociación cuando ésta pueda ser efectiva. Los documentos serán uno o dos, según que incluya o no la cobertura de la IT por contingencias comunes:

- documento de proposición de asociación (para la cobertura de las contingencias profesionales)
- anexo al documento de proposición de asociación (para la cobertura de la IT por riesgos comunes).

2.1.3. Contenido

En el convenio de asociación para la integración en la Mutua se determinarán los derechos y obligaciones de los asociados y de ésta, de acuerdo con los preceptos señalados en el artículo 1 RD 1993/1995 y en los estatutos de la entidad, con declaración expresa de la responsabilidad mancomunada de los asociados.

El documento de asociación expresará, necesariamente:

- el nombre y apellidos del empresario individual y la denominación o razón social, si se trata de una persona jurídica
- el domicilio
- el código o códigos de cuenta de cotización asignados y la actividad o actividades económicas de la empresa
- la fecha y hora en que comiencen y terminen sus efectos.

Los modelos de Documento de Asociación y de Propuesta deben ser aprobados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

2.1.4. Duración

El convenio tiene una vigencia anual, siendo prorrogado tácitamente por iguales períodos (art. 72.1.a LGSS) cuando falte la renuncia expresa, que, en su caso, deberá notificarse con un mes de antelación (art. 62 RD 1993/1995).

No obstante, y con carácter transitorio, la duración del Convenio quedó ampliado a tres años de manera excepcional y por una sola vez según Disposición transitoria primera del Real Decreto 38/2010, de 15 de enero. El objetivo era dotar de estabilidad al sector de las mutuas durante los procesos de concentración derivados de la nueva regulación de las entidades y centros mancomunados. La disposición transitoria primera del RD 1662/2011, de 14 de noviembre, estableció que una vez concluya la ampliación excepcional del plazo de vigencia de los convenios de asociación y de los documentos de adhesión, y hasta tanto se produzca el desarrollo de lo establecido en la disposición adicional decimocuarta de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, la decisión empresarial de denunciar el convenio de asociación y de suscribir un nuevo convenio, deberá ir precedida de informe de la representación unitaria de los trabajadores. Sin embargo, la disposición transitoria octava de la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013, prorrogó la vigencia de los convenios de asociación y de adhesión, hasta la entrada en vigor de la norma por la que se actualiza el régimen jurídico de aquéllas, prevista en la disposición adicional decimocuarta de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, en la que se regulará el periodo de vigencia y los términos y condiciones de la asociación y adhesión.

Finalmente, la Ley 35/2014 ha regulado el período de vigencia, situándolo en 1 año. El Anteproyecto de Ley ampliaba la vigencia del convenio a tres años, cuestión que fue criticada por afectar al principio de libertad de asociación de los empresarios, quedando fijado en 1 año. Ahora bien, ¿cómo se computa este año para los convenios que ya estaban suscritos? La disposición transitoria primera Ley 35/2014 fija dos tipos de reglas

- Con carácter general, del año da por consumido el tiempo que hubiera transcurrido desde que se suscribiera, hasta el último día de los dos meses siguientes al de la entrada en vigor de la ley (entró en vigor el 1 de enero de 2015, por lo que se darán por consumidos los meses transcurridos desde que se suscribieron y los dos meses siguientes a enero (es decir, hasta 31 de marzo de 2015)
- Si aplicando esta regla ya se diese por consumido el año (cosa habitual), la finalización del año se considerará acontecida durante todo 2015, en concreto el último mes coincidente con el de la suscripción, excepto aquellos cuya extinción se produzca entre el 1 de enero y los dos meses mencionados, que finalizarán el último día de los mismos.

2.2. Convenio de adhesión

Los autónomos que deban o quieran tener cobertura por incapacidad temporal, deberán adherirse obligatoriamente a una Mutua (salvo los autónomos en alta en el RETA antes de 1998, y siempre que no cambien de entidad).

La adhesión del trabajador por cuenta propia a una Mutua, mediante la firma del oportuno documento, será a los solos efectos de obtener la prestación económica por incapacidad temporal o las prestaciones que procedan por contingencias profesionales, sin que por esta sola circunstancia adquiera la condición de asociado o mutualista de la entidad, y por tanto sin adquirir los derechos y deberes derivados de la asociación (art. 72.1.b LGSS).

Las Mutuas habrán de aceptar toda proposición de adhesión que les formulen, sin que la falta de pago de las cotizaciones sociales les excuse del cumplimiento de la obligación ni constituya causa de resolución del convenio o documento suscrito, o sus anexos (art. 72.2 LGSS).

El régimen será optativo u obligatorio según el régimen en el que esté encuadrado el autónomo:

- Voluntaria, si es un autónomo del Régimen Especial del Mar, respecto de las contingencias profesionales (podrá optar por el ISM o la Mutua). La protección por contingencias comunes deberá formalizarla obligatoriamente con el ISM.
- Parcialmente obligatorio para el resto de los autónomos, ya que hay que diferenciar:
 - Si es un autónomo del RETA:
 - * Es obligatoria la cobertura por IT derivada de contingencias comunes
 - * Es voluntaria la cobertura por contingencias profesionales (salvo excepciones). En caso de que opte por cubrirla, debe ser con la misma Mutua que cubra la IT por contingencias comunes.
 - Si es un autónomo del SETA (autónomos agrarios integrados en el RETA):
 - * Es voluntaria la cobertura por IT derivada de contingencias comunes
 - * Es obligatoria la cobertura por contingencias profesionales

En los casos en que sea voluntaria:

- deberá realizarse con la misma Mutua con la que tuviera una cobertura obligatoria por IT o por contingencias profesionales.
- La opción deberá realizarse por el autónomo en el momento de formalizar el documento de adhesión con la mutua, yendo unida a la vigencia del mismo.
- No obstante, en estos supuestos de cobertura voluntaria, el trabajador podrá renunciar a ella en la forma, plazo y demás condiciones, y con los efectos establecidos en los artículos 47.4 y 47 bis.5 RD 84/1996, sin que ello implique alterar sus restantes derechos y obligaciones como adherido.

La cobertura del autónomo a través de una Mutua se hará constar en uno o dos documentos, según que incluya o no la cobertura de la IT por contingencias comunes:

- documento de adhesión (para la cobertura de las contingencias profesionales)(opcional u obligatoria).
- anexo al documento de adhesión (para la cobertura de la IT por riesgos comunes)(opcional u obligatoria).

Respecto de su contenido, el convenio de adhesión recogerá los derechos y obligaciones del trabajador y de la mutua, así como la fecha y hora en que nazcan y se extingan sus efectos. La duración se regula en los mismos términos antes analizados para el convenio de asociación (anual, prorrogada por períodos anuales, y con las mismas reglas transitorias previstas en la disposición transitoria primera Ley 35/2014).

Los datos suministrados por AMAT a diciembre de 2014 revelan que la mayoría de los autónomos cubre sus contingencias profesionales y la IT por contingencias comunes con las Mutuas. Es especialmente reseñable que estas cifras vienen aumentando anualmente (las de contingencias comunes, no la de profesionales).

	Autónomos adheridos
IT por contingencias comunes (sin computar REA)	82,62% (2.559.346)
Contingencias profesionales	89,64% (557.131)

Fuente: http://www.amat.es/cd_afiliacion.php

3. OBLIGACIONES DE LAS MUTUAS Y EMPRESARIOS ASOCIADOS

3.1. Obligaciones de las mutuas

- Aceptar todas las propuestas de asociación.
- No resolver el documento de asociación por causa alguna.
- No suspender las garantías del documento de asociación.
- Abonar las prestaciones económicas y prestar los servicios sanitarios
- Velar por el carácter reservado de toda la información y datos que obren en su poder, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros (art. 72.3 LGSS)
- Disponer de Libros de Reclamaciones en todos sus centros administrativos o asistenciales a disposición de los interesados (art. 73.5 LGSS)

3.2. Obligaciones del empresario asociado

- Comunicar a la Mutua el código o códigos de cuenta de cotización que posea en el momento de la asociación, así como los que en lo sucesivo le asigne la Tesorería General de la Seguridad Social, aportando para ello copia diligenciada de los modelos oficiales de dicho Servicio Común.
- Entregar a la Mutua el informe emitido por el comité de empresa o delegado de personal

- En el momento de la asociación, la Mutua podrá exigir a la empresa, por una sola vez, una cantidad equivalente al importe de un trimestre, como máximo, de las cuotas correspondientes, como garantía del cumplimiento de sus obligaciones. Esta cantidad se devolverá, en su caso, al cesar la asociación, siempre que no existan en ese momento obligaciones pendientes, en cuyo caso la Mutua podrá retener las cantidades necesarias, dentro del plazo de prescripción de la responsabilidad de la empresa, de cinco años (arts. 64 y 8.1 RD 1993/1995).

3.3. Obligaciones del autónomo adherido

- Con carácter general, habrá de cumplir las obligaciones que respecto a cotización, documentación, información y otras análogas se deriven de las normas reguladoras de la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el régimen de la Seguridad Social aplicable, así como de lo dispuesto en la normativa de aplicación.
- Específicamente, los trabajadores que se encuentren en IT derivada de contingencias profesionales vendrán obligados a presentar ante la correspondiente Mutua la declaración a que se refiere el párrafo segundo del artículo 12 del RD 1273/2003, de 10 de octubre, en los términos y con los efectos previstos en él.

4. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO EMPRESARIAL

La asociación de una empresa a una Mutua, general entre ambas un doble vínculo jurídico:

- vínculo asegurativo (cobertura de los trabajadores de la empresa asociada)
- vínculo asociativo (como asociación de empresarios)

Este doble vínculo permite deslindar las consecuencias de un eventual incumplimiento empresarial, sin que tal circunstancia tenga efectos en la protección de los trabajadores. Así:

- desde el punto de vista asegurativo, el incumplimiento empresarial del pago de las cuotas, o los incumplimientos en materia de afiliación, altas o bajas:
 - o no legitima a la Mutua para resolver el convenio de asociación
 - o ni afecta a su obligación de cobertura económica y sanitaria de los trabajadores empleados por ta-

les empresarios incumplidores, sin perjuicio de las acciones legalmente previstas para el resarcimiento de los importes correspondientes.

- desde el punto de vista asociativo, dicho incumplimiento sí tiene incidencia en sus derechos de carácter político, societario y de participación, como son:
 - o pérdida de su derecho al voto en la Junta General
 - o imposibilidad de formar parte de la Junta Directiva

B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER

LA ELECCIÓN DE LA MUTUA	
QUÉ EMPRESAS PUEDEN OPTAR	Regla general: todas Excepción: Autónomos Las propias Mutuas respecto de sus trabajadores Administraciones respecto de los funcionarios incluidos en un Régimen especial (MUFACE/MUGEJU/ISFAS)
LÍMITES SOBRE LA MUTUA A ELEGIR	Que la Mutua tenga presencia en la provincia Una misma Mutua por provincia
QUIÉN ELIGE	El empresario
EL PAPEL DE LA REPRESENTACIÓN OBRERA	Emisión de un informe por parte de los órganos de representación unitaria (si hay): tanto cuando para la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores se opte por una Mutua como para la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes.

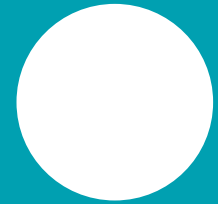
CONVENIO DE ASOCIACIÓN

CONTENIDO	Contrato que suscribe una empresa y una Mutua, por el que la empresa pasa a ser socia de la misma, determinándose los derechos y obligaciones de los asociados y de ésta, con declaración expresa de la responsabilidad mancomunada de los asociados	
DURACIÓN	<p>Anual, siendo prorrogado tácitamente por iguales períodos cuando falte la renuncia empresarial expresa, que deberá notificarse con un mes de antelación</p> <p>Moratoria: DT 1ª RD 38/2010: Tres años DT 8ª Ley 17/2012: prorrogado hasta aprobación nueva normativa prevista en Ley 27/2011</p> <p>Aplicación vigencia año tras moratoria: DT 1ª Ley 35/2014: se dan por finalizados el último día del mes de 2015 coincidente con el de suscripción</p>	
DOCUMENTACIÓN	DOCUMENTO DE ASOCIACIÓN	DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN
	Cobertura por contingencias profesionales	Cobertura por contingencias profesionales (cuando el documento de asociación no pueda suscribirse de manera inmediata)
	ANEXO AL DOCUMENTO DE ASOCIACIÓN	ANEXO AL DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN
	Si además hay cobertura por IT derivada de contingencias comunes	Si además hay cobertura por IT derivada de contingencias comunes (cuando el documento de asociación no pueda suscribirse de manera inmediata)

CONVENIO DE ADHESIÓN

CONTENIDO	Contrato suscrito entre un autónomo (“trabajador adherido”), que recoge los derechos y obligaciones del trabajador y de la mutua, así como la fecha y hora en que nazcan y se extingan sus efectos
TRABAJADOR ADHERIDO	Autónomo del Régimen del Mar: cobertura voluntario Autónomo del RETA: IT por cont. comunes: cobertura obligatoria Contingencias profesionales: cobertura voluntaria (salvo excepciones) Autónomo del SETA (campo): IT por cont. comunes: cobertura voluntaria Contingencias profesionales: cobertura obligatoria
DURACIÓN	Igual que convenio de asociación
DOCUMENTACIÓN	DOCUMENTO DE ADHESIÓN..... Cobertura por contingencias profesionales
	ANEXO AL DOCUMENTO DE ADHESIÓN..... Cobertura por IT derivada de contingencias comunes





Régimen Económico de las Mutuas

7

ÍNDICE

A. Contenido

A. CONTENIDO

ÍNDICE

- 1. El régimen económico**
- 2. Gastos de administración**
 - 2.1. Concepto**
 - 2.2. Límites y tarifa vigente**
 - 2.3. Colaboración externa**
- 3. Presupuestos**
 - 3.1. Quién hace los presupuestos**
 - 3.2. Estructura de los presupuestos**
 - 3.2.1. Gastos**
 - 3.2.2. Ingresos**
- 4. Retribución del personal**
- 5. Resultado económico positivo. Provisión y reservas**
 - 5.1. Los cambios introducidos por la LPGE para 2011 y por la Ley 35/2014**
 - 5.2. Provisión para contingencias en tramitación**
 - 5.3. Reservas de estabilización**
 - 5.3.1. Reserva de estabilización por contingencias profesionales**
 - 5.3.2. Reserva de estabilización por IT derivada de contingencias comunes**
 - 5.3.2. Reserva de estabilización por cese de actividad**
 - 5.4. Fondo de contingencias profesionales**
- 6. Patrimonio histórico**
 - 6.1. Concepto**
 - 6.2. Administración y contabilidad del patrimonio histórico**

Las mutuas son una asociación de empresarios:

- que se financian con recursos públicos (a través de las cuotas patronales por los conceptos que cubren)
- que no tienen ánimo de lucro
- y que asumen la cobertura de los trabajadores de las empresas asociadas

De ahí la importancia de que su régimen económico sea claro, y que se fiscalice. Téngase en cuenta que para 2015, el presupuesto total de las Mutuas es de unos doce mil millones de euros (12.529.170,98 miles euros), de los que la mayoría corresponden a ingresos por cotizaciones (<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/195521.pdf>) (pág. 18)

1. EL RÉGIMEN ECONÓMICO

La financiación de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social se realiza a través de los siguientes ingresos:

- las cuotas de la Seguridad Social adscritas a las mismas (que es la principal fuente de financiación)
- los rendimientos, incrementos, contraprestaciones y compensaciones obtenidos tanto de la inversión financiera de estos recursos como de la enajenación y desadscripción por cualquier título de los bienes muebles e inmuebles de la Seguridad Social adscritos a aquéllas
- y, en general, mediante cualquier ingreso obtenido en virtud del ejercicio de la colaboración o por el empleo de los medios de la misma.

La TGSS entrega a las Mutuas:

- las cuotas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ingresadas en aquélla por los empresarios asociados a cada una o por los trabajadores por cuenta propia adheridos
- así como la fracción de cuota correspondiente a la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes
- la cuota por cese en la actividad de los trabajadores autónomos

- y el resto de cotizaciones que correspondan por las contingencias y prestaciones que gestionen previa deducción de las aportaciones destinadas a las Entidades Públicas del Sistema por el reaseguro obligatorio y por la gestión de los servicios comunes.

La Ley 39/2010, de PGE para 2011, modificó algunos elementos del régimen económico de las Mutuas, reformas que en determinados casos requieren de un desarrollo reglamentario. Así, el Real Decreto 1622/2011, de 14 de noviembre, en su Disposición transitoria cuarta, bajo la rúbrica de *Adaptación de los estatutos*, se indicó que en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de este Real Decreto (18 de noviembre de 2011), las Mutuas adaptarían sus estatutos a lo dispuesto en el mismo.

La Ley 35/2014, de 26 de diciembre, ha modificado también el régimen económico financiero de las Mutuas, además de regular a nivel legal algunos aspectos que hasta ese momento se contemplaban solo a nivel reglamentario.

2. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

El que una Mutua no tenga ánimo de lucro no quiere decir, obviamente, que no puedan destinar parte de sus ingresos a cubrir los gastos de funcionamiento de la misma. Por tanto, procede clarificar qué conceptos entran dentro de tales gastos, y cuáles son los límites entre gastos de administración y gestión lucrativa de una mutua.

2.1. Concepto

El artículo 70.3 LGSS indica que “son gastos de administración de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social los derivados del sostenimiento y funcionamiento de los servicios administrativos de la colaboración y comprenderán los gastos de personal, los gastos corrientes en bienes y servicios, los gastos financieros y las amortizaciones de bienes inventariables. Estarán limitados anualmente al importe resultante de aplicar sobre los ingresos de cada ejercicio el porcentaje que corresponda de la escala que se establecerá reglamentariamente”.

Los gastos de administración se dividen en categorías, la primera de las cuales es la principal:

- los derivados del sostenimiento y funcionamiento de sus servicios administrativos en el cumplimiento de los fines de la colaboración que tienen encomendados (gastos de administración correspondientes a la gestión de las contingencias profesionales y la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes)
- los de administración complementaria de la directa (“colaboradores externos”)

Los gastos de administración comprenderán:

- gastos de personal
- gastos corrientes en bienes y servicios
- gastos financieros
- las amortizaciones de bienes inventariables afectos a esta actividad.

La Resolución de 11 de marzo de 2010, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, fijó la no disponibilidad de cerca de 178 millones de euros del presupuesto de las 20 Mutuas existentes (y de cerca de 73 millones de euros del presupuesto de las entidades gestoras), indicando que esa reducción presupuestaria “se realizará en los capítulos de gasto y aplicaciones específicas que figuran en el anexo a esta resolución”, entre los que destacan los siguientes:

- No podrán formalizar nuevos contratos de personal, salvo los el personal sanitario.
- La masa salarial del personal de las mutuas no podrá experimentar un incremento mayor del 0,3% respecto de 2009.
- Los gastos por servicios encomendados a empresas, profesionales o entidades ajenas al sistema (“colaboradores externos”) no superarán lo liquidado en 2009.
- Supresión de los gastos en publicidad y promoción, y dictámenes jurídicos externos.
- No podrán contraer compromisos de gasto que tengan por objeto la apertura de nuevas delegaciones administrativas y/o instalaciones de naturaleza asistencial, debiendo recurrir en caso de insuficiencia de medios, a conciertos con otras mutuas, a entidades mancomunadas, o a instituciones del sector público (solo en caso de que estas alternativas no sean viables, excepcionalmente podrá autorizarse la apertura de nuevas instalaciones).

2.2. Límites y tarifa vigente

Con carácter general, el límite máximo para los gastos de administración de las Mutuas en cada ejercicio económico, se establece del siguiente modo:

- a) se aplican unos porcentajes (una “tarifa”, aprobada por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social)
- b) a la cifra de sus ingresos totales

a) Tarifa vigente (disposición adicional octava RD 1993/1995)

- Hasta 60.101.210,44 €, el 10%
- De 60.101.210,45 a 300.506.052,20 €, el 9.50%
- Desde 300.506.052,21 €, el 7.5%

b) Ingresos totales. Para determinar qué se consideran ingresos totales, hay que sumar y restar determinados conceptos:

Se incluyen:

- el importe de las cuotas por AT/EP que la entidad hubiese obtenido en el mismo ejercicio.
- las bonificaciones en las cuotas empresariales de la Seguridad Social por medidas de fomento de empleo.
- las cuotas devengadas pero no cobradas por corresponder a empresas morosas, siempre que el importe de dichas cotizaciones conste de modo fehaciente a la TGSS en cualquiera de los documentos establecidos para la gestión recaudatoria.

Se excluyen:

- las cuotas derivadas de la gestión de la prestación económica de IT por contingencias comunes, hasta un límite máximo establecido por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (hasta un 5% de las cotizaciones por este concepto).

2.3. Colaboradores externos

El artículo 5 del RD 1993/1995, tras declarar que las mutuas no pueden tener ánimo de lucro, sin que, en consecuencia, pueda imputarse gasto alguno a cargo de las mutuas por actividades de mediación o captación de empresas asociadas o de trabajadores autónomos adheridos, matiza que no tendrá la consideración de operación de lucro mercantil la utilización por las mutuas, como complemento de su administración directa, de los servicios de terceros para gestiones de índole administrativa distintas de las de mediación o captación de empresas.

Esta colaboración externa tiene un límite, y es que los gastos derivados, cualquiera que sea su naturaleza, no podrán superar el importe que a tal efecto fije el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (disposición adicional cuarta RD 1993/1995). Estos gastos se calculan en función de las cuotas correspondientes a las empresas asociadas gestionadas por los colaboradores externos y de los regímenes a que corresponden:

- el 3% sobre las cuotas del Régimen General, y el 5% en el Régimen Agrario
- en la incapacidad temporal por contingencias comunes, se fija en el 1%.

Para que esta colaboración externa sea posible, se exige:

- Que el colaborador se halle incorporado al sistema RED
- Si no se ha incorporado, el porcentaje queda limitado al 1%

Los últimos datos conocidos son los correspondientes al ejercicio 2007, donde los gastos correspondientes a la colaboración externa se situaron en 125.748.250 euros (Fuente: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/130945.pdf>) (página 71).

3. PRESUPUESTOS

La elaboración de los presupuestos de las Mutuas se realiza partiendo de que, a estos efectos, las Mutuas forman parte del sector público estatal (art. 2.1 Ley 47/2003, General Presupuestaria), y sus cuentas se integran en los presupuestos de la Seguridad Social. Así, debe tenerse en cuenta que los presupuestos de la Seguridad Social los realiza el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, con los anteproyectos elaborados por:

- las entidades gestoras y servicios comunes, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- las mutuas

Por ello, el estudio de los presupuestos de las mutuas exige analizar dos cuestiones

- Quién hace los presupuestos
- La estructura de su presupuesto

3.1. Quién elabora los presupuestos

- Los presupuestos de la Seguridad Social los realiza el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, con la agregación de los anteproyectos realizados por las distintas entidades gestoras, y los de las Mutuas.
- Las Mutuas deben confeccionar para cada ejercicio económico sus anteproyectos de presupuestos de ingresos y gastos (art. 73.3 LGSS), que se formularán en términos de programas. Debe ser aprobado por los oportunos órganos de la Mutua:
 - La Comisión de Control y Seguimiento debe participar en su elaboración.
 - Es aprobado por la Junta Directiva para su remisión a la Junta General (suscrito por todos los miembros de la Junta Directiva).
 - Es ratificado por la Junta General.

3.2. Estructura de los presupuestos

Los anteproyectos deberán ajustarse, en su elaboración y ejecución, a las normas y a los modelos que al efecto establezca el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Así, el presupuesto de la Seguridad Social, se configura mediante dos bloques: gastos e ingresos. En ambos bloques se diferencian las operaciones no financieras (corrientes y capital)

PRESUPUESTOS: TIPOS DE OPERACIONES		
FINANCIERAS	Movimientos de activos y pasivos financieros	
NO FINANCIERAS	OPERACIONES CORRIENTES	GASTOS: - coste de gestión de los servicios - gastos financieros - <u>transferencias corrientes</u>
		INGRESOS: - cotizaciones - ingresos por prestación de servicios - ingresos patrimoniales - aportaciones del Estado - <u>otros recursos corrientes</u>
	OPERACIONES DE CAPITAL	GASTOS - inversiones reales - <u>transferencias de capital</u>
		INGRESOS - enajenación de inversiones reales - transferencias de capital recibidas (aportaciones del Estado <u>para financiar inversiones reales</u>)

3.2.1. Gastos

Se estructura en una triple clasificación: orgánica, por programas y económica. Como hemos indicado, los anteproyectos de las Mutuas deben confeccionarse en términos de programas. Así, en la clasificación por programas, los créditos se agrupan según la finalidad del gasto a realizar, utilizando para ello una división por áreas, grupos de programas y programas:

- Las áreas responden a las competencias que con carácter genérico tiene atribuidas legalmente la Seguridad Social.
- Los grupos de programas suponen una desagregación de las áreas en razón de la naturaleza de las prestaciones o servicios.
- Los programas incorporan el plan de acción o conjunto de actividades, entendidas como acciones uniformes al servicio de determinados objetivos que se pretenden alcanzar en el desarrollo de las mismas.

Así, las Mutuas actúan en los siguientes programas:

ÁREAS	GRUPOS DE PROGRAMAS	PROGRAMAS
1. Prestaciones económicas	11. Gestión de prestaciones económicas contributivas	1102. Incapacidad temporal y otras prestaciones
		1103. Capitales renta y otras compensaciones financieras de accidentes de trabajo
2. Asistencia sanitaria	21. Atención primaria de salud	2122. Medicina ambulatoria de MATEPSS
	22. Atención especializada	2224. Medicina hospitalaria de MATEPSS
3. Servicios sociales	34. Otros servicios sociales	3436. Higiene y seguridad en el trabajo
4. Tesorería, Informática, otros servicios	43. Gestión del patrimonio	4364. Administración del patrimonio
	45. Administración y servicios generales de tesorería y otros servicios funcionales comunes	4591. Dirección y servicios generales

Para 2015, los gastos presupuestados son los siguientes (<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/195521.pdf>) (p. 224)

TIPO OPERACIÓN		CONCEPTO	INGRESOS (miles de euros)
Operaciones no financieras	Operaciones corrientes	Gastos de personal	960.437,75
		Gastos corrientes en bienes y servicios	879.387,36
		Gastos financieros	1.581,12
		Transferencias corrientes	7.159.860,93
	Operaciones de capital	Inversiones reales	67.535,30
		Transferencias de capital	739.052,40
Operaciones financieras		Activos financieros	2.720.702,97
		Pasivos financieros	613,15
TOTAL			12.529.170,98

Cada uno de estos conceptos se desagrega por programas.

3.2.2. Ingresos

El presupuesto de ingresos también se desglosa en capítulos, artículos, conceptos, subconceptos y partidas, con separación de los ingresos por “Operaciones Corrientes”, por “Operaciones de Capital” y por “Operaciones Financieras”.

Para 2015, el presupuesto total de las Mutuas es de unos doce mil quinientos millones de euros (12.529.170,98 miles euros), de los que la mayoría corresponden a ingresos por cotizaciones (<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/195521.pdf>) (pág. 18):

TIPO OPERACIÓN		CONCEPTO	INGRESOS (en miles de euros)
Operaciones no financieras	Operaciones corrientes	Cotizaciones sociales	10.674.150,00
		Tasas y otros ingresos	252.673,28
		Transferencias corrientes	61.446,32
		Ingresos patrimoniales	170.738,93
	Operaciones de capital	Enajenación de inversiones reales	105,4
		Transferencias de capital	15.772,80
Operaciones financieras		Activos financieros	1.352.647,66
		Pasivos financieros	1.636,95
TOTAL			12.529.170,98

4. RETRIBUCIÓN DEL PERSONAL

Estructura de personal por mutuas

TRABAJADORES MUTUAS A 31-12-2013	
FREMAP	4087
ASEPEYO	3114
IBERMUTUAMUR	1922
FRATERNIDAD-MUPRESPA	1790
MUTUA UNIVERSAL MUGENAT	1664
MC Mutual (Midat Cyclops)	1618
MAZ	1150
ACTIVA MUTUA 2008	773
UMIVALE	660
UNIÓN DE MUTUAS Unimat	629
MUTUALIA	626
MUTUA BALEAR	447
EGARSAT	356
MUTUA GALLEGA	313
MUTUA MONTAÑESA	309
MUTUA INTERCOMARCAL	276
Mac CANARIAS	193
MUTUA CESMA	192
SOLIMAT	162
MUTUA NAVARRA	110
TOTAL	20.391

		HOMBRE	MUJER	TOTAL
Mutua núm 1 MC Mutual (Midat Cyclops) Empleados: 1618	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	12	5	17
	Laboral fijo	537	1026	1563
	Laboral temporal	16	21	37
Mutua núm. 2 MUTUALIA Empleados: 626	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	10	6	16
	Laboral fijo	164	385	549
	Laboral temporal	13	47	60
mutua núm. 3, activa mutua Empleados: 773	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	2	0	2
	Laboral fijo	273	433	706
	Laboral temporal	29	35	64
mutua núm. 7, mutua montañesa Empleados: 309	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	7	1	8
	Laboral fijo	119	159	278
	Laboral temporal	8	13	21
MUTUA NÚM. 10, MUTUA UNIVERSAL Empleados: 1664	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	5	1	6
	Laboral fijo	664	991	1655
	Laboral temporal	1	2	3
MUTUA NÚM. 11, MAZ Empleados: 1150	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	0	0	0
	Laboral fijo	357	757	1114
	Laboral temporal	11	24	35
MUTUA NÚM. 15, UMIVALE Empleados: 660	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	0	0	0
	Laboral fijo	277	359	636
	Laboral temporal	13	10	23

MUTUA NÚM. 21, MUTUA NAVARRA Empleados: 110	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	0	0	0
	Laboral fijo	36	41	77
	Laboral temporal	13	19	32
MUTUA NÚM. 39, MUTUA intercomarcal Empleados: 276	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	0	0	0
	Laboral fijo	108	164	272
	Laboral temporal	0	3	3
MUTUA NÚM. 61, fremap Empleados: 4087	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	3	1	4
	Laboral fijo	1790	2036	3826
	Laboral temporal	70	186	256
MUTUA NÚM. 72, solimat Empleados: 162	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	6	1	7
	Laboral fijo	58	83	141
	Laboral temporal	3	10	13
MUTUA NÚM. 115, cesma Empleados: 192	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	4	4	8
	Laboral fijo	96	83	179
	Laboral temporal	2	2	4
MUTUA NÚM. 151, asepeyo Empleados: 3114	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	4	0	4
	Laboral fijo	1397	1597	2994
	Laboral temporal	42	103	145
MUTUA NÚM. 183, MUTUA BALEAR Empleados: 447	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	4	0	4
	Laboral fijo	127	308	435
	Laboral temporal	5	2	7

MUTUA NÚM. 201, MUTUA GALLEGA Empleados: 313	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	4	1	5
	Laboral fijo	154	139	293
	Laboral temporal	3	11	14
MUTUA NÚM. 267, UNIÓN DE MUTUAS Empleados: 629	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	8	1	9
	Laboral fijo	209	385	594
	Laboral temporal	5	20	25
MUTUA NÚM. 272, MAC Empleados: 193	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	0	0	0
	Laboral fijo	73	112	185
	Laboral temporal	2	6	8
MUTUA NÚM. 274, IBERMUTUAMUR Empleados: 1922	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	8	1	9
	Laboral fijo	800	1067	1867
	Laboral temporal	13	32	45
MUTUA NÚM. 275, FRATERNIDAD-MUPRES-PA Empleados: 1790	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	4	1	5
	Laboral fijo	733	958	1691
	Laboral temporal	37	56	93
MUTUA NÚM. 276, EGARSAT Empleados: 356	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	5	1	6
	Laboral fijo	110	221	331
	Laboral temporal	6	11	17

Fuente: elaboración propia a partir de los datos comunicados por las mutuas en http://www.seg-social.es/internet_1/informacioneconomicof/informacioncontablefinancierapruebas/cuentas-segsocial/css2014/ca13/caMATEPSS/index.htm

TRABAJADORES ENTIDADES Y CENTROS MANCOMUNADOS A 31-12-2011	
Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante	275
Centro Intermutual de Euskadi	91
Corporación Mutua	29
Suma Intermutual	1
TOTAL	396

		HOMBRE	MUJER	TOTAL
Mutua núm 291 CENTRO INTERMUTUAL DE EUSKADI Empleados: 91	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	1	0	1
	Laboral fijo	21	56	77
	Laboral temporal	1	11	12
Mutua núm. 292 CENTRO DE REHABILITACIÓN DE LEVANTE Empleados: 275	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	1	0	1
	Laboral fijo	82	154	236
	Laboral temporal	14	23	37
mutua núm. 293, corporación mutua Empleados: 29	Director Gerente	1	0	1
	Directivos	1	0	1
	Laboral fijo	15	10	25
	Laboral temporal	0	2	2
mutua núm. 294, suma intermutual Empleados:	Director Gerente	0	0	0
	Directivos	1	0	1
	Laboral fijo			
	Laboral temporal			

Corporación Mutua y Suma Intermutual fueron disueltas por el RD 701/2013, de 20 de septiembre, de racionalización del sector público

Por categoría profesional, los únicos datos disponibles son de 2007. Entonces contaban con 23.177 empleados (<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/130945.pdf>):

- el 59,06% (13.689), tenían la calificación de personal sanitario, siendo su detalle por categorías profesionales el que sigue:
 - o 4.067 facultativos.
 - o 4.940 ayudantes técnicos sanitarios o asimilados.
 - o 1.353 auxiliares de clínica.
 - o 3.329 trabajadores de categorías diversas englobados en el concepto de “otros” de los programas estrictamente sanitarios (21.22 Medicina Ambulatoria y 22.24 Medicina Hospitalaria).
- El 40,94% (9.488) es personal no sanitario sumaría la cifra de 9.488. Su distribución por categorías profesionales es la siguiente:
 - o 162 directivos
 - o 1.612 titulados superiores
 - o 1.195 titulados medios
 - o 641 técnicos de prevención
 - o 5.514 personal administrativo
 - o 364 incluidos en personal subalterno y “otros”, que engloba diversas categorías laborales

Desde la Ley de Presupuestos para 2008 vienen estableciéndose limitaciones en la retribución de algunos empleados de las Mutuas, fundamentalmente de su personal directivo. En la Ley de Presupuestos para 2015 (disposición adicional vigésima Ley 36/2014), se establecen las siguientes limitaciones:

- Cargos directivos (altos cargos y otros directivos). Sus retribuciones no podrán exceder
 - o Si empezaron a prestar sus servicios antes de 2010: del importe más alto de los que corresponda a los altos cargos del Gobierno de la Nación, de sus Órganos consultivos, de la Administración General del Estado, de los miembros del Consejo General del Poder Judicial, del Tribunal Constitucional y del Tribunal de Cuentas.

* Excepción: podrán percibir retribuciones complementarias por encima de esta cantidad si se prueba una dedicación exclusiva y, por consiguiente la incompatibilidad para el desempeño de cualquier otra actividad retribuida. El importe de estas retribuciones complementarias tendrá la naturaleza de absorbible por las retribuciones básicas.

o Si empezaron a prestar sus servicios después de 2010: de las cuantías establecidas para dicho año en el régimen retributivo de los Directores Generales de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social.

- Resto del personal: quedan sometidos a lo dispuesto en relación con el personal laboral del sector público estatal.

La Resolución de 11 de marzo de 2010, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, prohibió para 2010 formalizar nuevos contratos de personal, salvo los el personal sanitario.

Por otro lado, y como una muestra más del acercamiento del régimen del personal de las mutuas al personal al servicio de la Administración, el artículo 1.5 del RD 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas, extiende al personal sanitario que desarrolle las actividades sanitarias y recuperadoras encomendadas a las mutuas, el régimen de incompatibilidades vigente en la comunidad autónoma en la que se desarrollen sus actividades (siempre que se encuentren afectados por lo previsto en el artículo 3.1 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas).

Sin embargo, este régimen común con el sector público no se ha concretado a efectos de limitar la retribución del personal directivo de las Mutuas. En efecto, la disposición adicional octava del RDL 3/2012, de 10 de febrero, que fija especialidades en la retribución e indemnizaciones por despido del sector público, y el RD 451/2012, de 5 de marzo, por el que se regula el régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades, excluyen de su campo de aplicación al personal de las entidades previstas en la letra d) del artículo 2,1 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, letra que alude a las entidades gestoras, servicios comunes y las mutuas en su función pública de colaboración en la gestión de la Seguridad Social, así como sus centros y entidades mancomunados. Son excepciones que no desvirtúan el que las Mutuas

formen parte del sector público (nótese que el artículo 3.1.g del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, incluye dentro del concepto de sector público a las Mutuas).

El artículo 71 LGSS, tras la redacción dada por la Ley 35/2014, regula las retribuciones del Director Gerente y del personal que ejerza funciones ejecutivas en las Mutuas.

Su retribución tiene un régimen distinto según nos encontremos ante rentas básicas o complementarias, y en todo caso estarán sujetas a los límites máximos fijados para cada grupo por el Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo. En ambos casos las fija la Junta Directiva, aunque los límites son distintos según que nos encontremos ante la retribución básica o complementaria

a) Las retribuciones básicas del Director Gerente y del personal que ejerza funciones ejecutivas

Incluyen su retribución mínima obligatoria y se fijarán por la Junta Directiva conforme al grupo de clasificación en que resulte catalogada la Mutua. Por tanto, las retribuciones básicas deben tener como referente lo aprobado por el Ministerio.

b) Retribuciones complementarias

Las retribuciones complementarias del Director Gerente y del personal que ejerza funciones ejecutivas comprenden un complemento del puesto y un complemento variable, que se fijarán por la Junta Directiva de la Mutua.

- El complemento del puesto se asignará teniendo en cuenta la situación retributiva del directivo en comparación con puestos similares del mercado de referencia, la estructura organizativa dependiente del puesto, el peso relativo del puesto dentro de la organización y el nivel de responsabilidad.
- El complemento variable, que tendrá carácter potestativo, retribuirá la consecución de unos objetivos previamente establecidos por la Junta Directiva de la Mutua de conformidad con los criterios que pueda fijar el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estos objetivos tendrán carácter anual y deberán estar fundamentados en los resultados del ejercicio generados por la Mutua en la gestión de las diferentes actividades de la Seguridad Social en las que colabora.

En ningún caso, la retribución total puede exceder del doble de la retribución básica y ningún puesto podrá tener una retribución total superior a la que tenía con anterioridad 1 de enero de 2015.

MUTUA	COSTE BRUTO ANUAL (incluye cuota patronal)
Mutua núm 1 MC Mutual (Midat Cyclops)	347.640,43
MUTUA NÚM. 10, MUTUA UNIVERSAL	330.542,52
MUTUA NÚM. 15, UMIVALE	253.774,29
MUTUA NÚM. 61, fremap	236.308,47
MUTUA NÚM. 151, asepeyo	236.291,69
MUTUA NÚM. 276, EGARSAT	225.763,75
MUTUA NÚM. 275, FRATERNIDAD-MUPRESPA	210.550,09
Mutua núm. 2 MUTUALIA	207.708,62
MUTUA NÚM. 274, IBERMUTUAMUR	202.538,75
MUTUA NÚM. 272, MAC	174.597,21
MUTUA NÚM. 39, MUTUA intercomarcal	165.492,25
MUTUA NÚM. 183, MUTUA BALEAR	157.434,43
mutua núm. 7, mutua montañesa	144.982,31
MUTUA NÚM. 267, UNIÓN DE MUTUAS	144.653,83
MUTUA NÚM. 21, MUTUA NAVARRA	137.258,14
MUTUA NÚM. 11, MAZ	135.374,18
mutua núm. 3, activa mutua	131.240,61
MUTUA NÚM. 201, MUTUA GALLEGA	130.326,01
MUTUA NÚM. 115, cesma	114.103,80
MUTUA NÚM. 72, solimat	103.632,60

Fuente. Elaboración propia, extrayendo datos de las memorias económicas de las mutuas
http://www.seg-social.es/Internet_1/InformacionEconomicof/InformacionContableFinancieraPruebas/cuentas-segsocial/CSS2014/Ca13/CaMATEPSS/index.htm

La Ley 35/2014 recoge un régimen específico para la retribución del personal facultativo (disposición adicional sexta). Es un régimen excepcional, como dice la propia Ley, con el objetivo de que las Mutuas puedan prestar unos servicios médicos más especializados. A tal efecto, el personal facultativo al servicio de las mismas podrá percibir unas retribuciones por encima del límite de retribuciones totales fijado para el Director Gerente de la Mutua para la que preste servicios, debiéndose respetar, en todo caso, las disposiciones sobre la masa salarial y las limitaciones o restricciones que establezcan, en su caso, las Leyes de PGE de cada año.

5. RESULTADO ECONÓMICO POSITIVO. PROVISIÓN Y RESERVAS

5.1. Los cambios introducidos por la Ipge para 2011 y por la ley 35/2014

Las Mutuas son entidades sin ánimo de lucro, de modo que sus recursos deben destinarse a financiar las prestaciones objeto de su colaboración, y a cubrir sus gastos de gestión en los términos ya analizados.

Ahora bien ¿qué ocurre si hay excedentes de lo ingresado que no se han destinado a los fines previstos?. No podrán ser usados libremente o repartidos entre los asociados, sino que la normativa prevé su destino, distinguiendo qué hacer con los excedentes. Téngase en cuenta que se trata de ingresos –mayoritariamente vía cotizaciones- que tienen como fin hacer frente a futuras contingencias, por lo que esos ingresos deben reservarse para los gastos futuros (además de los presentes).

Así, las Mutuas constituirán obligatoriamente, al final de cada ejercicio y con cargo a los resultados de gestión del mismo, unas reservas (hasta la LPGE de 2011, llamadas “Reserva de obligaciones inmediatas” y “Reserva de estabilización”), y provisión de gastos (“Provisión para contingencias en tramitación”). Esta provisión y reservas obligatorias deben quedar materializadas en los términos indicados en los artículos 75, 75 bis LGSS, disposición transitoria segunda Ley 35/2014, y artículo 31 RD 1993/1995.

La Disposición Transitoria quinta Ley 39/2010, de PGE para 2011, unificó las reservas obligatorias en la llamada “Reserva de estabilización por contingencias profesionales”. Y el non nato proyecto de Real Decreto de 2 de diciembre de 2010 explicó la finalidad de esta nueva reserva unificada, buscando “la simplificación de las reservas a

constituir por las mutuas, sustituyendo las actualmente existentes en relación con las contingencias profesionales por una única reserva de estabilización que permita aumentar la transparencia y facilite la gestión, sin olvidar que su fin último es soportar la solvencia financiera de estas entidades en orden a garantizar en todo momento el correcto otorgamiento de las prestaciones que dispensan”.

Así, tras la Ley de PGE para 2011, el marco normativo quedó como sigue:

- Resultado económico positivo. Se destinaba a:
 - o Provisión para contingencias en tramitación (en el ámbito de las contingencias profesionales)
 - o Reserva de estabilización por contingencias profesionales (que según la LPGE para 2011 incluye las antiguas reservas por obligaciones inmediatas; de estabilización; así como las reservas voluntarias y asistencia social de los beneficiarios de la colaboración)
 - o Reserva de estabilización incapacidad temporal por contingencias comunes
 - * cuando la reserva de estabilización de IT por contingencias comunes se encuentre dotada en su cuantía máxima, los resultados positivos que se derivan de esta gestión se destinarán:
 - > a dotar el Fondo de Reserva de la Seguridad Social
 - > Un 10% podrá destinarse al sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias comunes de las empresas previsto en el artículo 73.4 LGSS, en proporción a los ahorros de costes generados al sistema a través de los procesos de colaboración previstos en dicho artículo

- Exceso del resultado económico positivo: Fondo de prevención y rehabilitación

Desde el 19 de septiembre de 2010, también se prevé que destinen parte de los excedentes obtenidos en la gestión de las contingencias profesionales o de la IT por enfermedad común al establecimiento de un sistema de reducción de cotizaciones por contingencias comunes de las empresas, siempre que se hayan reducido los costes de la IT por debajo de unos determinados límites o por haber aplicado planes pactados en el ámbito de la empresa con los representantes de los trabajadores sobre modificación de las condiciones de trabajo o flexibilidad en el cambio de puestos de trabajo de trabajadores afectados por enfermedad común y mejoren el control de absentismo.

La Ley 35/2014 ha modificado nuevamente el régimen de las reservas. El sistema actual queda como sigue:

- Resultado económico positivo. Se destina a:
 - o Provisión para contingencias en tramitación (en el ámbito de las contingencias profesionales)
 - o Reserva de estabilización por contingencias profesionales
 - o Reserva de estabilización incapacidad temporal por contingencias comunes
 - * cuando la reserva de estabilización de IT por contingencias comunes se encuentre dotada en su cuantía máxima, los resultados positivos que se derivan de esta gestión se destinarán:
 - > a dotar el Fondo de Reserva de la Seguridad Social
 - o Reserva de estabilización por cese de actividad

- Exceso del resultado económico positivo:
 - o Fondo de contingencias profesionales
 - o Reserva complementaria
 - o Reserva asistencia social

5.2. Provisión para contingencias en tramitación

En el ámbito de la gestión de las contingencias profesionales se constituirá una provisión para contingencias en tramitación, que comprenderá la parte no reasegurada del importe estimado de las prestaciones de carácter periódico previstas por invalidez y por muerte y supervivencia derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuyo reconocimiento se encuentre pendiente al cierre del ejercicio (art. 75.1 LGSS).

Su regulación se contiene en el artículo 65.2 del RD 1993/1995 (modificado por RD 1622/2011, de 14 de noviembre), que señala que la provisión para contingencias en tramitación a constituir por las mutuas, así como el resto de las provisiones que se constituyan por dichas entidades, se dotarán y aplicarán de acuerdo con las normas contables del sector público.

5.3. Reservas de estabilización

Se constituirá una Reserva de Estabilización que se dotará con el resultado económico positivo obtenido anualmente, cuyo destino será corregir las posibles desigualdades de los resultados económicos generados entre los diferentes ejercicios en cada uno de los tres ámbitos de gestión:

- Gestión de las contingencias profesionales
- Gestión de la prestación económica de IT por contingencias comunes
- Gestión de la prestación por cese de actividad de los autónomos

La definición y establecimiento de los límites de dicha reserva y de la de estabilización por contingencias comunes, se efectuará reglamentariamente, previa consulta a los interlocutores sociales, de forma que no se produzca una disminución en el nivel global de dotación actual de las reservas constituidas por cada Mutua tras el último ejercicio presupuestario liquidado.

Este desarrollo reglamentario dialogado empezó a gestarse con el proyecto de Real Decreto de 2 de diciembre de 2010, que fue sometido a los primeros informes preceptivos. Sin embargo, la tramitación del mismo fue paralizada a petición de las organizaciones empresariales, representadas en la mesa de diálogo social, para evitar posibles interferencias con algunos de los asuntos a tratar en dicha mesa. Al concluirse sin acuerdo la ronda de negociaciones, y en tanto tiene lugar la reordenación de las Mutuas prevista en la disposición adicional decimocuarta de la Ley 27/2011, en noviembre de 2011 se aprobó un desarrollo normativo parcial de algunas cuestiones inaplazables, entre las que está la reserva de estabilización por contingencias profesionales (RD 1622/2011, de 14 de noviembre).

5.3.1. Reservas de estabilización por contingencias profesionales

Conforme a la nueva redacción del artículo 65 del RD 1993/1995 (dada por el RD 1622/2011, de 14 de noviembre), la reserva de estabilización por contingencias profesionales:

- Se dotará con el resultado económico positivo anual obtenido por las mutuas en su gestión de dichas contingencias
- Tendrá como destino corregir las posibles desigualdades de resultados económicos entre los diferentes ejercicios.

Es en la cuantía de la reserva donde hay diferencias entre la reforma proyectada en 2010, la aprobada en 2011, y la reforma introducida con la Ley 35/2014: Así:

- En el proyecto de RD de 2 de diciembre de 2010, su cuantía queda fijada:
 - En el 30% de la media anual de las cuotas percibidas en el último trienio por la mutua y por tales contingencias.
 - No obstante, las mutuas podrán optar por elevar la dotación de esta reserva hasta que alcance, como máximo, el 55% de la media anual de las cuotas a que se refiere el párrafo anterior.
- En el RD 1622/2011, de 14 de noviembre, la cuantía mínima se fija:
 - En el 30% de la media anual de las cuotas percibidas en el último trienio por la mutua y por tales contingencias.
 - No obstante, las mutuas podrán optar por elevar la dotación de esta reserva con el 50% del resultado económico positivo anual.
- La Ley 35/2014 modifica el artículo 75.2 LGSS, señalando:
 - En el 30% de la media anual de las cuotas percibidas en el último trienio por la mutua y por tales contingencias.
 - No obstante, las mutuas podrán optar por elevar la dotación de esta reserva con el 45% del resultado económico positivo anual.

Las ayudas de asistencia social a favor de los trabajadores protegidos por las mutuas o sus derechohabientes que, hasta la entrada en vigor del RD 1662/2011, de 14 de noviembre, venían prestándose con cargo al Fondo de Asistencia Social lo harán en lo sucesivo con cargo a los créditos presupuestarios de cada ejercicio, cuya dotación estará en función del resultado económico positivo por contingencias profesionales registrado en el último ejercicio liquidado. En el supuesto de resultar estos inicialmente insuficientes se tramitarán las modificaciones de crédito que resulten precisas para su adecuación a las necesidades prestacionales, siempre que no superen la dotación media de los tres últimos ejercicios liquidados (disposición adicional primera RD 1622/2011).

5.3.2. Reserva de estabilización incapacidad temporal por contingencias comunes

Los resultados positivos que se deriven de la colaboración en la gestión de la IT derivada de contingencias comunes (incluyendo la de los autónomos adheridos), se mantendrán en una reserva denominada “reserva de estabilización incapacidad temporal por contingencias comunes”.

Se fija

- En el 5% de las cuotas percibidas en el último ejercicio por tales contingencias.
- No obstante, las mutuas podrán optar por elevar la dotación de esta reserva hasta el 25% de las mismas cuotas.

Su destino exclusivo será atender los posibles resultados negativos futuros que se produzcan en dicha gestión.

¿Qué ocurre si no hay dinero para dotar estas reservas?

Cuando, debido a la existencia de resultados negativos o a la insuficiencia de los positivos derivados de esta gestión, la dotación de la reserva de estabilización incapacidad temporal por contingencias comunes no alcance un importe equivalente al 5% las cuotas a que se refiere el párrafo anterior, la entidad podrá disponer para la cancelación del déficit en su caso y para su dotación hasta dicho importe, de los restantes resultados positivos obtenidos en el ejercicio, siempre que la reserva de estabilización por contingencias profesionales se encuentre correctamente dotada. Si dichos resultados positivos fuesen asimismo insuficientes, la mutua podrá destinar a la misma finalidad el exceso constituido sobre la cuantía mínima de la reserva de estabilización por contingencias profesionales.

¿Qué ocurre si hay un sobrante en estas reservas?

Cuando la reserva de estabilización de IT por contingencias comunes se encuentre dotada en su cuantía máxima, los resultados positivos que se derivan de esta gestión se ingresarán en el Fondo de Reserva de la Seguridad Social.

5.3.3. Reserva de estabilización por cese de actividad

Se fija en los mismos porcentajes que la de IT:

- En el 5% de las cuotas percibidas en el último ejercicio por cese de actividad.
- No obstante, las mutuas podrán optar por elevar la dotación de esta reserva hasta el 25% de las mismas cuotas.

5.4. Fondo de contingencias profesionales, reserva complementaria y reserva de asistencia social

La Ley 35/2014 ha introducido un nuevo artículo 75 bis en el que se regula el Fondo de contingencias profesionales, que sustituye al Fondo de Prevención y Rehabilitación.

En el supuesto de que, una vez dotada la reserva de estabilización por contingencias profesionales, haya un excedente en los resultados económicos positivos obtenidos por la gestión de las contingencias profesionales, ese excedente se reparte entre tres Reservas. Antes de la reforma, el 100% iba destinado a un solo Fondo, que era el de Prevención y Rehabilitación.

Con la nueva regulación, los excedentes sobrantes de la gestión de contingencias profesionales (una vez constituidas las provisiones para contingencias en tramitación y las reservas de estabilización), se reparten entre tres conceptos (volviendo a una situación muy similar a la que había antes de la reforma de 2011). Se distribuyen del siguiente modo:

a) el 80% dicho excedente deberá adscribirse a este Fondo de contingencias profesionales, en la cuenta especial del Fondo abierta en el Banco de España a disposición del Ministerio de Empleo y cuya titularidad corresponde a la TGSS.

Los recursos de dicho fondo se destinarán a

- La creación o renovación de centros asistenciales y de rehabilitación adscritos a las Mutuas
- Actividades de investigación, desarrollo e innovación de técnicas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores de patologías derivadas de AT/EP a desarrollar en los centros asistenciales adscritos a las Mutuas

- Incentivar en las empresas la adopción de medidas y procesos que contribuyan eficazmente a la reducción de las contingencias profesionales de la Seguridad Social, mediante un sistema que se regulará reglamentariamente y
- En su caso, a dispensar servicios relacionados con la prevención y el control de las contingencias profesionales.

b) Reserva complementaria

El 10 por ciento del excedente se aplicará a la dotación de la Reserva Complementaria que constituirán las Mutuas, cuyos recursos se podrán destinar al pago de exceso de gastos de administración, de gastos procesales derivados de pretensiones que no tengan por objeto prestaciones de Seguridad Social y de sanciones administrativas, en el caso de que no resulte necesaria su aplicación a los fines establecidos en el artículo 75.3.

El importe máximo de la misma no podrá superar la cuantía equivalente al 25 por ciento del nivel máximo de la Reserva de Estabilización de Contingencias Profesionales.

c) Reserva de asistencia social

El 10 por ciento del excedente se aplicará a la dotación de la Reserva de Asistencia Social, que se destinará al pago de prestaciones de asistencia social autorizadas, que comprenderán, entre otras, acciones de rehabilitación y de recuperación y reorientación profesional y medidas de apoyo a la adaptación de medios esenciales y puestos de trabajo, a favor de los trabajadores accidentados protegidos por las mismas y, en particular, para aquellos con discapacidad sobrevenida, así como, en su caso, ayudas a sus derechohabientes, las cuales serán ajenas y complementarias a las incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social. eservas.

En ningún caso la Reserva Complementaria y la Reserva de Asistencia Social podrán aplicarse al pago de gastos indebidos, por no corresponder a prestaciones, servicios u otros conceptos comprendidos en la colaboración, o a retribuciones o indemnizaciones del personal de las Mutuas por cuantía superior a la establecida en las normas de aplicación, los cuales serán pagados en la forma establecida en el artículo 75 ter.4.

6. PATRIMONIO HISTÓRICO

6.1. Concepto

Los bienes incorporados al patrimonio de las Mutuas con anterioridad a 1 de enero de 1967 o durante el período comprendido entre esa fecha y el 31 de diciembre de 1975 (siempre que en este último caso se trate de bienes que provengan del 20 % del exceso de excedentes, así como los que procedan de recursos distintos de los que tengan su origen en las cuotas de Seguridad Social), constituyen el patrimonio histórico de las Mutuas, cuya propiedad les corresponde en su calidad de asociación de empresarios.

También forman parte del patrimonio histórico los títulos recibidos por una mutua en virtud de las aportaciones dinerarias y no dinerarias efectuadas a la sociedad de prevención, así como el precio que pudieran obtener por posibles transmisiones, o el remanente que pudiera resultar con motivo del cese en sus actividades (art. 13.5 RD 1993/1995, en la redacción dada por RD 1622/2011, de 14 de noviembre).

Formarán parte del patrimonio histórico de las Mutuas los ingresos a los que se refieren los apartados siguientes:

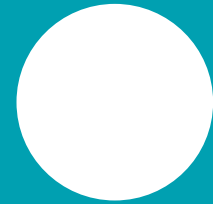
- a) Las Mutuas que cuenten con bienes inmuebles integrantes de su patrimonio histórico, destinados a ubicar centros y servicios sanitarios o administrativos adscritos al desarrollo de las actividades propias de la colaboración con la Seguridad Social que tienen encomendada, podrán imputar en sus correspondientes cuentas de resultados un canon o coste de compensación por la utilización de tales inmuebles.
- b) Las Mutuas que posean inmuebles vacíos que pertenezcan a su patrimonio histórico, que por las circunstancias concurrentes no puedan ser utilizados para la ubicación de centros y servicios sanitarios o administrativos para el desarrollo de actividades propias de la colaboración con la Seguridad Social y sean susceptibles de ser alquilados a terceros, podrán hacerlo a precios de mercado.
- c) Las Mutuas podrán percibir de las empresas que contribuyan eficazmente a la reducción de las contingencias profesionales de la Seguridad Social parte de los incentivos contemplados en el artículo 75 bis.1.a) de esta ley, previo acuerdo de las partes. Reglamentariamente se establecerá el límite máximo de participación de las Mutuas en dichos incentivos.

Este patrimonio histórico se halla igualmente afectado estrictamente al fin social de la entidad, sin que de su dedicación a los fines sociales de la Mutua puedan derivarse rendimientos o incrementos patrimoniales. Ni los bienes ni los rendimientos que se produzcan pueden desviarse a la realización de actividades mercantiles (art. 74.2 LGSS).

6.2. Administración y contabilidad del patrimonio histórico

La administración del patrimonio histórico se hace conforme a las siguientes reglas

- Dicho patrimonio estará materializado en bienes de inmovilizado directamente utilizados en la gestión de la entidad o invertido con criterios de seguridad, liquidez y rentabilidad sin que puedan desviarse hacia la realización de actividades mercantiles.
 - o Cuando resulte difícil materializarlo en la forma exigida, deberá comunicarse al Ministerio de Empleo y acompañar el plan previsto que justifique los motivos que aconsejan mantener la situación.
- Sus rendimientos deberán revertir, en todo caso, al patrimonio histórico de la entidad.
- La contabilidad se llevará en libros separados y su balance se incorporará a la memoria anual.
- Para la compensación de los gastos derivados de los bienes inmuebles que integren el patrimonio histórico de las Mutuas, se prevé la imputación a sus cuentas de resultados de un 6% del valor catastral asignado a tales bienes a efectos del Impuesto sobre bienes inmuebles, a cargo del propio patrimonio histórico. Esta imputación deberá solicitarse, en su caso, al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, que también podrá autorizar un canon superior cuando aquel resulte insuficiente (art. 4 y DA 3ª RD 1993/1995).
 - o Las Mutuas acompañarán al Ministerio de Empleo la solicitud y la documentación que acredite el valor catastral del inmueble.
 - o Las ulteriores modificaciones del valor catastral se aplicarán sobre el canon, que deberá notificarse y justificarse ante el Ministerio de Empleo.



Control de su funcionamiento



8

ÍNDICE

A. Contenido de la unidad

A. CONTENIDO

ÍNDICE

1. Control ordinario

1.1. Libros y registros obligatorios

1.2. Información y publicidad

1.2.1. Información

1.2.2. Publicidad

1.3. Contabilidad

1.4. Control financiero de la Seguridad Social

2. Control extraordinario. Medidas cautelares

2.1. Supuestos

2.2. Medidas cautelares

2.3. Responsabilidad mancomunada

1. CONTROL ORDINARIO

1.1. Libros y registros obligatorios

Las Mutuas vendrán obligadas a llevar al día los siguientes libros (diligenciados por el Ministerio de Empleo):

1. Libro de Actas de cada uno de los órganos de gobierno de la entidad, de la Comisión de control y seguimiento y de la Comisión de prestaciones especiales.
2. Libros oficiales de contabilidad.
3. Libro de Actuaciones de la Inspección de Trabajo.

Igualmente, llevarán obligatoriamente los registros siguientes:

1. Registros de empresas asociadas y de trabajadores por cuenta propia adheridos.
2. Registro de reconocimientos médicos (que estará a disposición de las autoridades sanitarias).
3. Registros de contingencias (que estará a disposición de las autoridades sanitarias).

El Registro de empresas asociadas y trabajadores adheridos contendrá:

- Respecto de las empresas asociadas, un apartado específico donde se consigne la opción u opciones sucesivas, por parte de las empresas inscritas, para la formalización de la cobertura de la prestación económica de IT derivada de contingencias comunes de sus trabajadores con la Mutua, debiendo de especificarse la fecha de dicha opción, así como, en su caso, la de renuncia y fechas de las sucesivas opciones y renunciaciones.
- Respecto de los trabajadores adheridos:
 - o Registro de los autónomos adheridos que han optado por la cobertura de la IT por contingencias profesionales, en el que figurarán numerados correlativamente por fechas de adhesión, indicando nombre y apellidos del trabajador, la denominación o razón social, en su caso, su domicilio y actividad, así como el régimen y número de la Seguridad Social.
 - o Registro de los autónomos adheridos que han optado por la cobertura de las contingencias profesionales, constando ordenadamente los datos personales y profesionales del trabajador afectado, fechas de baja y alta médica, así como aquellos datos relativos a la lesión producida que sean relevantes

El Registro de contingencias comunes recogerá:

- De modo ordenado, los datos de los trabajadores afectados por enfermedad común y accidente no laboral, cuya cobertura de la prestación económica por IT corresponde a la Mutua, incluyendo su nombre, domicilio, número de afiliación a la Seguridad Social, empresa para la que trabaja y código de cuenta de cotización de la misma, fecha de la baja, importe de las prestaciones satisfechas y fecha de alta.
- De modo ordenado, datos personales y profesionales del trabajador autónomo adherido afectado, naturaleza de la contingencia, fecha de baja y alta médicas, importe de la prestación satisfecha y clase y gravedad de la lesión.

Tanto los libros como los registros podrán llevarse por sistemas informáticos, electrónicos u otros similares que, debidamente autorizados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, ofrezcan las mismas garantías que aquellos.

1.2. Información y publicidad

1.2.1. Deber de información

En orden a la transparencia y su control, sobre las Mutuas recae una obligación general de suministrar información. Es una obligación amplia, tanto desde un punto de vista subjetivo (destinatarios de dicha información) como objetivo (contenido de la misma), aunque respecto de este último criterio, el contenido de la información a suministrar difiere según los destinatarios, pudiendo diferenciarse una información extensa y una información limitada:

• **Información extensa:**

- o Destinatario: el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (art. 73.5 LGSS y art. 15.1 RD 1993/1995)
- o Contenido: cuantos datos les solicite el Ministerio
 - * en orden al adecuado y completo conocimiento de las actividades que desarrollan en el ejercicio de su colaboración en la gestión
 - * respecto de la gestión y administración de su patrimonio histórico.

• **Información limitada:**

Difiere según el destinatario:

- o Destinatario: autoridades sanitarias (art. 15.1 RD 1993/1995)
- o Contenido: cuantos datos les solicite las autoridades sanitarias sobre
 - * Asistencia sanitaria
 - * Morbilidad

- o Destinatario: empresas asociadas, trabajadores de las empresas asociadas, autónomos adheridos, y cualquiera que acredite tener un interés personal y directo (art. 73.5 LGSS; art. 15.2 RD 1993/1995)
- o Contenido: datos referentes a ellos que obren en poder de las Mutuas

- o Destinatario: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (art. 7 Orden TIN 886/2010, de 5 de abril)
- o Contenido: datos relativos a la gestión de los servicios de tesorería contratados con entidades financieras:
 - * Los contratos de cuentas celebrados con entidades financieras, en el plazo de treinta días desde su formalización, para que tome constancia de su existencia.
 - * La cancelación anticipada de las cuentas.
 - * Cualquier otra información que les sea requerida.

En todo caso, el suministro de datos que puedan realizar las Mutuas estará sometido a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La información y datos sobre los empresarios asociados, los trabajadores por cuenta propia adheridos y los trabajadores protegidos que obren en poder de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y, en general, los generados en el desarrollo de su actividad colaboradora en la gestión de la Seguridad Social, tienen carácter reservado (art. 72.3 LGSS).

1.2.2. Publicidad

Las Mutuas podrán divulgar informaciones y datos referentes a su actuación, con dos límites:

- siempre que los mismos se limiten a la colaboración en la gestión ejercida por la Mutua
- y no contengan comparaciones con la llevada a cabo por otras Entidades.

La Resolución de 11 de marzo de 2010, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, fija recortes presupuestarios que inciden en la publicidad de las Mutuas, indicando que se “deberán suprimir los gastos de publicidad y promoción así como los dictámenes jurídicos externos” (instrucción sexta).

1.3. Contabilidad

Las Mutuas llevarán su contabilidad al corriente y de forma clara y precisa, de manera que permita conocer en todo momento su verdadera situación económica y financiera y rendir, con referencia a cada ejercicio económico, que se ajustará al año natural, sus cuentas anuales. Las cuentas anuales a rendir comprenderán, al menos:

- el balance de situación
- las cuentas de resultados
- los estados de liquidación del presupuesto
- y la memoria, en la que se incluirá el cuadro de financiación.

Deberán ajustarse al Plan General de Contabilidad de la Seguridad Social, estando sometidas a la rendición de las cuentas de su gestión al Tribunal de Cuentas.

1.4. Control financiero de la seguridad social

El Título VI de la Ley 47/2003 de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Ley General Presupuestaria, acomete el control de la gestión económico-financiera del sector público estatal a través de tres mecanismos, que le son de aplicación a las Mutuas: mediante el ejercicio de la función interventora, el control financiero permanente y la auditoría pública.

- La función interventora tiene por objeto controlar:
 - o antes de que sean aprobados, los actos del sector público estatal que den lugar al reconocimiento de derechos o a la realización de gastos
 - o los ingresos y pagos que de ellos se deriven
 - o y la inversión o aplicación en general de sus fondos públicos, con el fin de asegurar que su gestión se ajuste a las disposiciones aplicables en cada caso.

- El control financiero permanente tiene por objeto la verificación de una forma continua realizada a través de la correspondiente intervención delegada, de la situación y el funcionamiento de las entidades del sector público estatal en el aspecto económico-financiero, para comprobar el cumplimiento de la normativa y directrices que les rigen y, en general, que su gestión se ajusta a los principios de buena gestión financiera y en particular al cumplimiento del objetivo de estabilidad presupuestaria y de equilibrio financiero. Este control se realizará, entre otros organismos, sobre las mutuas cuando se hallen inmersas en alguno de los supuestos previstos en el artículo 74.1 LGSS (arts. 157 y 158 Ley 47/2003). El control financiero podrá tener como objetivos los siguientes:
 - o Verificar el adecuado registro y contabilización de las operaciones realizadas y su fiel y regular reflejo en las cuentas y estados que, conforme a las disposiciones aplicables, deban rendir, así como la adecuación al ordenamiento jurídico de la gestión realizada.
 - o Comprobar que la gestión desarrollada por estas entidades se ha efectuado con arreglo a los principios de buena gestión financiera y, en especial, de economía, eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos del Sistema de la Seguridad Social y el nivel de resultados obtenidos en relación con los objetivos propuestos, los medios utilizados y los efectos producidos en los programas presupuestarios correspondientes.

- La **auditoría pública** consistirá en la verificación, realizada con posterioridad y efectuada de forma sistemática, de la actividad económico-financiera del sector público estatal, mediante la aplicación de los procedimientos de revisión selectivos contenidos en las normas de auditoría e instrucciones que dicte la Intervención General de la Administración del Estado. La auditoría pública se ejercerá, en función de lo previsto en el plan anual de auditorías, sobre todos los órganos y entidades integrantes del sector público estatal, y en consecuencia, las mutuas en su función pública de colaboración en la gestión de la Seguridad Social, ex art. 2 Ley 47/2003 (arts. 162 y 163 Ley 47/2003).

El artículo 58 del RD 1993/1995 (redactado por el RD 1622/2011, de 14 de noviembre), regula los “Informes de auditoría”, indicando que el informe definitivo de auditoría de cumplimiento, adicional al de auditoría de las cuentas anuales, dará lugar, en el supuesto de conformidad al que se refiere dicho precepto, a que por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social se dicte la resolución que proceda de acuerdo con lo señalado en el informe. Tales resoluciones contendrán, en su caso, las medidas y actuaciones que proceda adoptar por la mutua, entidad o centro mancomunado, de acuerdo con lo señalado en los informes de auditoría. Si procediera reintegrar cantidades al patrimonio de la Seguridad Social, en la misma resolución se fijará el plazo para su ingreso, transcurrido el cual se devengarán intereses de demora con arreglo a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

2. CONTROL EXTRAORDINARIO. MEDIDAS CAUTELARES

2.1. Supuestos

El artículo 75 ter LGSS (introducido por la Ley 35/2014), y el artículo 60 RD 1993/1995 (modificado por el RD 1622/2011, de 14 de noviembre), indican los dos supuestos en los que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social podrá adoptar medidas cautelares:

- a) Cuando la reserva de estabilización por contingencias profesionales no alcance el 80 por ciento de su cuantía mínima.

- b) Situaciones de hecho, deducidas de comprobaciones efectuadas por la Administración General del Estado, que muestren la existencia de un desequilibrio económico-financiero, que pongan en peligro la solvencia o liquidez de la Entidad, los intereses de los asociados, de los beneficiarios o de la Seguridad Social, o el incumplimiento de las obligaciones contraídas, así como la insuficiencia o irregularidad de la contabilidad o administración, en términos que impidan conocer la situación de la Mutua.

2.2. Medidas cautelares

- Requerir a la entidad para que en el plazo de un mes presente un plan de viabilidad, rehabilitación o saneamiento a corto o medio plazo, aprobado por su Junta Directiva, en el que se propongan las adecuadas medidas financieras, administrativas o de otro orden, formule previsión de los resultados y fije los plazos para su ejecución, a fin de superar la situación que dio origen a dicho requerimiento, y garantice en todo caso los derechos de los trabajadores protegidos y de la Seguridad Social. La duración del plan no será superior a tres años, según las circunstancias, y concretará en su forma y periodicidad las actuaciones a realizar. El Ministerio de Empleo lo aprobará o denegará en el plazo de un mes y, en su caso, fijará la periodicidad con que la entidad deberá informar de su desarrollo.
- Convocar los órganos de Gobierno de la entidad, designando la persona que deba presidir la reunión y dar cuenta de la situación.
- Suspender en sus funciones a todos o algunos de los directivos de la entidad, debiendo ésta designar las personas que, aceptadas previamente por el Ministerio de Empleo, hayan de sustituirlos interinamente. Si la entidad no lo hiciera, podrá dicho Ministerio proceder a su designación.
- Ordenar la ejecución de medidas correctoras de las tendencias desfavorables registradas en su desarrollo económico y en el cumplimiento de sus fines sociales durante los últimos ejercicios analizados.

- Intervenir la entidad para comprobar y garantizar el correcto cumplimiento de órdenes concretas emanadas del citado Ministerio cuando, en otro caso, pudieran infringirse tales órdenes y de ello derivarse perjuicio mediato o inmediato para los trabajadores protegidos y la Seguridad Social.
- Ordenar el cese en la colaboración en caso de infracción calificada como muy grave conforme a lo previsto en la Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social

Para adoptar estas medidas cautelares, se instruirá el correspondiente procedimiento administrativo con audiencia previa de la entidad interesada. Tales medidas cesarán por acuerdo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social cuando hayan desaparecido las causas que las motivaron.

Las medidas cautelares son independientes de las sanciones que legalmente procedan por los mismos hechos, y de la responsabilidad mancomunada que analizaremos a continuación.

2.3. Responsabilidad mancomunada

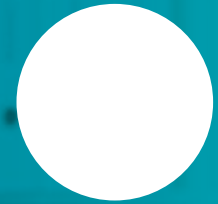
Procede la responsabilidad mancomunada de los empresarios asociados en los supuestos siguientes:

- a) Cuando la reserva de estabilización de contingencias profesionales no alcance el 80% de la cuantía mínima (y así se entienda necesario para garantizar la adecuada dispensación de las prestaciones a los trabajadores). En tal caso, el Ministerio de Empleo podrá acordar la reposición de las reservas de estabilización por contingencias profesionales y hasta el importe mínimo prevista para la misma reglamentariamente, mediante el establecimiento de la correspondiente derrama entre sus asociados, como ejecución parcial de la responsabilidad mancomunada que asumen en los resultados de la gestión de la mutua (art. 60.4 RD 1993/1995, en la redacción dada por RD 1622/2011, de 14 de noviembre).
- b) Los gastos indebidos por no corresponder a prestaciones, servicios u otros conceptos comprendidos en la colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

- c) Los excesos en los gastos de administración y por sanciones económicas impuestas.
- d) Las retribuciones o indemnizaciones del personal al servicio de la Mutua por cuantía superior a la establecida en las normas que regulen la relación laboral de aplicación o por superar las limitaciones legalmente establecidas.
- e) La cancelación del déficit que resulte de la liquidación de la Mutua, por la inexistencia de recursos suficientes una vez agotados los patrimonios en liquidación, incluido el patrimonio.
- f) Las obligaciones contraídas por la Mutua cuando la misma no las cumpla en la forma establecida legalmente.
- g) Las obligaciones atribuidas a la Mutua en virtud de la responsabilidad directa o subsidiaria, establecidas en el artículo 71.9 LGSS.

La responsabilidad mancomunada se extenderá hasta el pago de las obligaciones contraídas durante el periodo de tiempo en el que haya permanecido asociado el empresario o sean consecuencia de operaciones realizadas durante el mismo. En caso de cese en la asociación, la responsabilidad prescribirá a los cinco años del cierre del ejercicio en que finalizó aquella.

El sistema que se aplique para determinar las derramas salvaguardará la igualdad de los derechos y obligaciones de los empresarios asociados y será proporcional al importe de las cuotas de la Seguridad Social que les corresponda satisfacer por las contingencias protegidas por la Mutua.



La Acción Protectora de las Mutuas

9

ÍNDICE

A. Contenido

A. CONTENIDO

ÍNDICE

1. Prestaciones económicas

1.1. Prestaciones por contingencias profesionales de los trabajadores de las empresas asociadas

1.1.1. Aseguramiento del accidente de trabajo

1.1.2. Aseguramiento de la enfermedad profesional

1.2. Subsidio de incapacidad temporal por contingencias comunes de los trabajadores de las empresas asociadas

1.3. Prestaciones por contingencias profesionales de los autónomos adheridos

1.4. Subsidio de incapacidad temporal, por contingencias comunes y profesionales, de los autónomos adheridos

1.5. Prestación por cese de actividad de los autónomos adheridos

2. Prestaciones sanitarias

3. Prestaciones especiales

1. PRESTACIONES ECONÓMICAS

La colaboración en la gestión prestada por las Mutuas incluye la asunción de la cobertura de los trabajadores de las empresas asociadas, así como de los autónomos adheridos a las Mutuas. Así, una Mutua gestiona las siguientes prestaciones económicas:

- Prestaciones por contingencias profesionales de los trabajadores de las empresas asociadas :
 - Subsidio de incapacidad temporal (IT) por contingencias profesionales
 - Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave
 - Prestaciones por riesgos durante la lactancia natural, y el embarazo
 - Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes
 - Prestaciones por incapacidad permanente (IP) derivada de contingencias profesionales
 - Prestaciones por muerte y supervivencia (MS) derivadas de contingencias profesionales:
 - Auxilio por defunción
 - Pensión de viudedad
 - Pensión de orfandad
 - Prestaciones en favor de familiares
 - Indemnización por muerte derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional

- Subsidio de IT por contingencias comunes de los trabajadores de las empresas asociadas

- Prestaciones por contingencias profesionales de los autónomos adheridos
 - Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (pendiente de desarrollo reglamentario)
 - Prestaciones por riesgos durante la lactancia natural, y el embarazo
 - Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes
 - Prestaciones por IP derivada de contingencias profesionales

- Prestaciones por MS derivadas de contingencias profesionales
 - Auxilio por defunción
 - Pensión de viudedad
 - Pensión de orfandad
 - Prestaciones a favor de familiares
 - Indemnización por muerte derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional
- Subsidio de IT, por contingencias comunes y profesionales, de los autónomos adheridos
- Prestación por cese de actividad de los autónomos adheridos

Dado que en la unidad didáctica 1 se explican estas prestaciones, en ésta lo que procede es abordar cómo se concreta la colaboración de las Mutuas en la gestión de las mismas.

Los mecanismos previstos para llevar a cabo la cobertura son diferentes según la contingencia acontecida, y según la naturaleza de la prestación, ya que la Mutua solo abona directamente los subsidios por IT y la indemnización por lesiones permanentes no invalidantes, haciéndose cargo en los demás supuestos del pago mediante la capitalización de los importes en la TGSS.

Así, la colaboración en la gestión de las Mutuas es más extensa en los casos de accidentes de trabajo que en los de enfermedades profesionales, ya que en esos supuestos la Mutua gestiona de principio a fin el accidente (pago de la IT, o gestión de la IP, pensiones por MS, asistencia sanitaria y rehabilitación), mientras que en los de enfermedad profesional solo gestionan la prestación por IT, mientras que las de IP y MS son responsabilidad de la entidad gestora (si bien a la mutua le corresponde la contribución que se le asigne para hacer frente, en régimen de compensación, a los gastos generales derivados de tal contingencia).

1.1. Prestaciones por contingencias profesionales de los trabajadores de las empresas asociadas

1.1.1. Aseguramiento del accidente de trabajo

Las mutuas asumen el coste de todas las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo sufridos por los trabajadores de las empresas asociadas. Sin embargo, la relación protectora entre sujeto protegido (o sus beneficiarios) y la mutua, no siempre se constituye directamente:

- Cobertura que asumen directamente:
 - IT por accidente de trabajo. En este caso la intervención de la Mutua es completa, ya que:
 - Abona el subsidio
 - Se encarga de la expedición de los partes médicos de baja, confirmación de baja y alta, así como la declaración del derecho al subsidio, su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción (conforme a la normativa reguladora de la Seguridad social)

 - Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave
 - Abona el subsidio
 - La gestiona la Mutua pero se requiere informe del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente, certificando la grave enfermedad del menor.

 - Lesiones permanentes no invalidantes
 - Abona la indemnización
 - Pero la verificación de la situación, el reconocimiento del derecho y la cuantía lo determina el INSS

 - Incapacidad Permanente parcial
 - Abona la indemnización
 - Pero la verificación de la situación, el reconocimiento del derecho y la cuantía lo determina el INSS

- Indemnización por muerte derivada de accidente de trabajo
 - Abona la indemnización
 - Pero la verificación de la situación, el reconocimiento del derecho y la cuantía lo determina el INSS

- Cobertura que asumen indirectamente:
 - Pensiones de IP en los grados de total, absoluta y gran invalidez, derivadas de accidente de trabajo
 - Pensiones por muerte del trabajador en accidente de trabajo

En estos casos, la Ley obliga a las mutuas a capitalizar el importe previsto para tales pensiones, por lo que:

- El pago lo hace directamente la Seguridad Social (a través de la TGSS).
- El reconocimiento de la prestación corresponde al INSS

¿Cómo asumen la colaboración en estos casos?

Las mutuas deben entregar a la TGSS unas cantidades con objeto de garantizar el pago periódico de las pensiones por IP y MS derivadas de accidente de trabajo. Para ello se contemplan tres mecanismos (art. 201 LGSS):

- a) constitución de un capital coste en la TGSS por las pensiones de incapacidad permanente o muerte a cargo de Mutuas. El capital coste de pensiones se puede definir como la cuantificación de una cantidad garante del abono sostenido durante un período de tiempo incierto a un tercero titular de una prestación a cargo de un sujeto declarado responsable (Mutua); cuantificación efectuada por la TGSS en virtud de una tabla de cálculo actuarial aprobada por el Ministerio de Empleo. En palabras de la LGSS, por capital coste se ha de entender el valor actual de dichas prestaciones, que se determinará en función de las características de cada pensión y aplicando los criterios técnicos-actuariales más apropiados, de forma que los importes que se obtengan garanticen la cobertura de las prestaciones con el grado de aproximación más adecuado.
- b) el reaseguro de los riesgos asumidos, supuesto a su vez presenta tres modalidades (reaseguro proporcional obligatorio, reaseguro proporcional facultativo, y cualquier otro sistema de compensación de resultados, que se ha concretado en el ingreso del capital coste en caso de prestaciones económicas periódicas por enfermedad profesional). En los casos que se reaseguren los riesgos, este reaseguro se realizará en la TGSS, y el importe reasegurado será el porcentaje de los riesgos asumidos que se determine, pero sin que, en ningún caso, sea inferior al 10% ni superior al 30%.
- c) renta cierta temporal por muerte del trabajador derivada de contingencia profesional. Se trata de la creación de un fondo temporal, que solo procede cuando al fallecer el trabajador, no deja familiares supervivientes (por lo que no habría beneficiarios de las prestaciones que en otro caso se hubieran causado). En tales circunstancias, las Mutuas deberán ingresar en la TGSS los capitales en la cuantía necesaria para constituir una renta cierta temporal durante un período temporal de veinticinco años, del 30% del salario de los trabajadores que mueran por consecuencia mediata o inmediata de accidente de trabajo o enfermedad profesional sin dejar ningún familiar con derecho a pensión.

1.1.2. Aseguramiento de la enfermedad profesional

En caso de enfermedad profesional, las mutuas solo asumen directamente el pago y gestión de la IT (en los mismos términos que el accidente de trabajo).

El resto de las prestaciones por enfermedad profesional son gestionadas por el INSS, situándose la colaboración de las Mutuas en la entrega a la TGSS de los importes correspondientes, en los mismos términos antes analizados con el accidente de trabajo.

No obstante, hay una singularidad, y es que la disposición adicional primera de la Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre, por la que se desarrollan los criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social, prevé que las mutuas, en orden a la contribución que tienen asignada para hacer frente, en régimen de compensación, a las prestaciones derivadas de enfermedades profesionales distintas a las correspondientes a la situación de IT, pueden optar por sustituir dicha contribución por el ingreso del capital coste correspondiente de la pensión u otra prestación económica de carácter periódico. La opción de la Mutua a favor de ingresar el capital coste llevará aparejada la correspondiente reducción en la aportación a los Servicios Comunes de la Seguridad Social.

A estos efectos, la determinación del carácter profesional de la enfermedad que origina la situación de IP o muerte del trabajador corresponde al INSS. También corresponde al INSS la responsabilidad en orden a la gestión y mantenimiento de las prestaciones económicas periódicas por enfermedad profesional, así como la determinación de la mutua que, por haber ejercitado esta opción, resulte responsable del ingreso del capital coste.

1.2. Subsidio de incapacidad temporal por contingencias comunes de los trabajadores de las empresas asociadas

Aunque tradicionalmente las Mutuas han restringido su campo de actuación a las contingencias profesionales, desde 2004 incluyen la cobertura de la IT por contingencias comunes, tanto de los trabajadores de los empresarios asociados (si así lo deciden éstos), como la de los autónomos adheridos.

Por tanto, respecto de los trabajadores por cuenta ajena, la cobertura exige que la empresa asociada haya ejercido esta opción, opción que se condiciona a que también se haya optado por cubrir con esa misma Mutua las contingencias profesionales. El régimen de cobertura será idéntico al que se recibiría si la cobertura la presta la entidad gestora, aunque con la notable diferencia de que corresponde a la Mutua la expedición de los partes médicos de baja, confirmación de baja y alta, así como la declaración del derecho al subsidio, su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción.

1.2.1. Reglas de reconocimiento y cuantía

Las Mutuas concederán la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes en la cuantía y demás condiciones que resulten de las normas aplicables al régimen de la Seguridad Social en el que estuvieran encuadrados los trabajadores de las empresas asociadas. No obstante, hay reglas singulares para el reconocimiento del derecho, y la determinación del importe:

- Reglas para el reconocimiento del derecho. Los actos por los que se declare el derecho a la prestación económica o por los que se deniegue, suspenda, restrinja, anule o extinga el derecho, serán motivados y se formalizarán por escrito, quedando supeditada la eficacia de los mismos a su notificación a los beneficiarios, así como a los empresarios de aquellos beneficiarios que mantuvieran relación laboral (disposición adicional undécima LGSS). No obstante, expedida el alta médica, se entenderá extinguido el derecho al subsidio con efectos del día siguiente al de su expedición, salvo que dicha fecha sea festivo o víspera de festivo, en cuyo caso el derecho se mantendrá en tales días.
- Reglas para la determinación del importe:
 - Recibido el parte de baja médico, la Mutua comprobará el cumplimiento de los requisitos de afiliación/alta/período de carencia, y determinará el importe del subsidio, adoptando el acuerdo de declaración inicial del derecho a la prestación.
 - Las cantidades que perciba el trabajador en concepto de IT tendrán carácter provisional durante el plazo de dos meses contado desde la fecha en que se efectuó la liquidación y pago, adquiriendo carácter definitivo al término final de este plazo excepto en el caso de que la Mutua, con anterioridad a la finalización del mismo, adopte el acuerdo de reconocimiento del derecho

- Durante este mismo plazo de tiempo:
 - las Mutuas podrán dictar actos por los que determinen inicialmente y con carácter provisional el importe del subsidio
 - las Mutuas podrán revisar sus actos de determinación inicial del subsidio y regularizar total o parcialmente la cuantía de las prestaciones económicas que hayan sido pagadas con carácter provisional, lo que efectuarán mediante acuerdo motivado.

1.2.2. Propuestas de alta médica

Cuando las Mutuas, con base en el contenido de los partes médicos y de los informes emitidos en el proceso, así como a través de la información obtenida de las actuaciones de control y seguimiento o de las asistencias sanitarias, consideren que el beneficiario podría no estar impedido para el trabajo, podrán formular propuestas motivadas de alta médica a través de los médicos dependientes de las mismas, dirigidas a la Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud.

Las Mutuas comunicarán simultáneamente al trabajador afectado y al INSS, para su conocimiento, que se ha enviado la mencionada propuesta de alta.

La Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud estará obligada a comunicar a la Mutua y al INSS, en un plazo máximo de cinco días hábiles desde el siguiente a la recepción de la propuesta de alta:

- la estimación de la misma, con la emisión del alta
- o su denegación, en cuyo caso acompañará informe médico motivado que la justifique.

En el supuesto de que la Inspección Médica considere necesario citar al trabajador para revisión médica, ésta se realizará dentro del plazo de cinco días previsto en el párrafo anterior y no suspenderá el cumplimiento de la obligación establecida en el mismo.

No obstante, en el caso de incomparecencia del trabajador el día señalado para la revisión médica, se comunicará la inasistencia en el mismo día a la Mutua que realizó la propuesta. La Mutua dispondrá de un plazo de cuatro días para comprobar si la incomparecencia fue justificada y suspenderá el pago del subsidio con efectos desde el día

siguiente al de la incomparecencia. En caso de que el trabajador justifique la incomparecencia, la Mutua acordará levantar la suspensión y repondrá el derecho al subsidio, y en caso de que la considere no justificada, adoptará el acuerdo de extinción del derecho y lo notificará al trabajador y a la empresa, consignando la fecha de efectos del mismo, que se corresponderá con el primer día siguiente al de su notificación al trabajador.

- Estimación de la propuesta de alta

La estimación de la propuesta de alta dará lugar a que la mutua notifique la extinción del derecho al trabajador y a la empresa, señalando la fecha de efectos de la misma.

- Desestimación de la propuesta de alta

Cuando la Inspección Médica del Servicio Público de Salud hubiera desestimado la propuesta de alta formulada por la Mutua o bien no conteste a la misma en la forma y plazo establecidos, ésta podrá solicitar la emisión del parte de alta al INSS o al Instituto Social de la Marina. En ambos casos, el plazo para resolver la solicitud será de cuatro días siguientes al de su recepción.

1.2.3. Control y seguimiento

Las Mutuas no podrán desarrollar las funciones de gestión de la prestación a través de medios concertados, sin perjuicio de recabar los servicios de los Centros sanitarios autorizados para realizar pruebas diagnósticas o tratamientos terapéuticos y rehabilitadores que las mismas soliciten.

Son actos de control y seguimiento de la prestación económica, aquellos dirigidos a comprobar la concurrencia de los hechos que originan la situación de necesidad y de los requisitos que condicionan el nacimiento o mantenimiento del derecho, así como los exámenes y reconocimientos médicos.

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social podrán realizar los mencionados actos a partir del día de la baja médica y, respecto de las citaciones para examen o reconocimiento médico, la incomparecencia injustificada del beneficiario será causa de extinción del derecho a la prestación económica, sin perjuicio de la suspensión cautelar prevista en el apartado 3 del artículo 132.

Asimismo las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social podrán realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores, con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de los procesos previstos en esta disposición, previa autorización del médico del Servicio Público de Salud y consentimiento informado del paciente. Los resultados de estas pruebas y tratamientos se pondrán a disposición del facultativo del Servicio Público de Salud que asista al trabajador a través de los servicios de interoperabilidad del Sistema Nacional de Salud, para su incorporación en la historia clínica electrónica del paciente.

Las pruebas diagnósticas y los tratamientos terapéuticos y rehabilitadores se realizarán principalmente en los Centros asistenciales gestionados por las Mutuas para dispensar la asistencia derivada de las contingencias profesionales, en el margen que permita su aprovechamiento, utilizando los medios destinados a la asistencia de patologías de origen profesional, y, con carácter subsidiario, podrán realizarse en centros concertados, autorizados para dispensar sus servicios en el ámbito de las contingencias profesionales, con sujeción a lo establecido en el párrafo anterior y en los términos que se establezcan reglamentariamente. En ningún caso las pruebas y tratamientos supondrán la asunción de la prestación de asistencia sanitaria derivada de contingencias comunes ni dará lugar a la dotación de recursos destinados a esta última.

Sin perjuicio estos mecanismos y procedimientos, las entidades gestoras de la Seguridad Social o las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social podrán establecer acuerdos de colaboración, con el fin de mejorar la eficacia en la gestión y el control de la incapacidad temporal, con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (disposición adicional undécima LGSS, redactada por Ley 35/2014).

1.3. Prestaciones por contingencias profesionales de los autónomos adheridos

La cobertura por contingencias profesionales no siempre es obligatoria para los autónomos. Ahora bien, tanto si lo es, como si opta por la cobertura de forma voluntaria, debe articularse a través de una Mutua (que deberá ser la misma con la que tenga formalizada la IT por contingencias comunes). Así:

- Autónomo del Régimen Especial del Mar: voluntaria
- Autónomo del RETA: voluntaria (salvo supuestos especiales, como los trabajadores autónomos económicamente dependientes, TRADE)
- Autónomo del SETA (sistema especial de trabajadores agrarios)(autónomos del campo): obligatoria

El régimen de cobertura es similar al ya indicado anteriormente para los trabajadores por cuenta ajena, de modo que respecto de las contingencias profesionales, la única prestación que gestiona directamente la mutua sería la de IT.

En las demás prestaciones, las mutuas deben entregar a la TGSS unas cantidades con objeto de garantizar el pago periódico de las pensiones por IP y MS derivadas de contingencias profesionales.

1.4. Subsidio de incapacidad temporal, por contingencias comunes y profesionales, de los autónomos adheridos

La cobertura será voluntaria u obligatorio según el régimen en el que esté encuadrado el autónomo:

- Voluntaria, si es un autónomo del Régimen Especial del Mar
- Parcialmente obligatorio para el resto de los autónomos, ya que hay que diferenciar:
 - o Si es un autónomo del RETA:
 - Es obligatoria la cobertura por IT derivada de contingencias comunes
 - Es voluntaria la cobertura por contingencias profesionales (salvo excepciones)
 - o Si es un autónomo del SETA (autónomos agrarios integrados en el RETA):
 - Es voluntaria la cobertura por IT derivada de contingencias comunes
 - Es obligatoria la cobertura por contingencias profesionales

Para la IT, tanto por contingencias comunes como profesionales:

- Corresponde a la mutua la expedición de los partes médicos de baja, confirmación de baja y alta, así como la declaración del derecho al subsidio, su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción.
- El autónomo está obligado a presentar ante la correspondiente mutua la declaración sobre la persona que gestione directamente el establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza del que sean titulares o, en su caso, el cese temporal o definitivo en la actividad.
- La cobertura se condiciona a que el autónomo esté al corriente en el pago de las cotizaciones de la Seguridad Social.

- Las Mutuas concederán la prestación en la cuantía y demás condiciones que resulten de las normas aplicables al régimen de la Seguridad Social en el que estuvieran encuadrados los trabajadores que hubieran formulado su adhesión.

1.5. Prestación por cese de actividad de los autónomos adheridos

La Ley 32/2010, de 5 de agosto (en vigor desde el 6 de noviembre de 2010) incluyó un sistema específico de protección para los trabajadores autónomos que, pudiendo y queriendo ejercer una actividad económica o profesional a título lucrativo, hubieran cesado en esa actividad (desarrollada por RD 1541/2011, de 31 de octubre).

Su cobertura se ha incluido dentro de la cobertura por contingencias profesionales de los autónomos, de modo que:

- tiene un carácter optativo (solo procede si se opta por cotizar por contingencias profesionales)
- se gestiona por las Mutuas (salvo supuestos excepcionales)

Así, el órgano gestor de esta prestación es la Mutua, que se encarga de:

- la gestión de las funciones y servicios derivados de dicha prestación
- reconocimiento, suspensión, extinción y reanudación de las prestaciones,
- pago

La gestión de la prestación por cese de actividad corresponderá a la Mutua con la que el trabajador autónomo haya formalizado el documento de adhesión para la cobertura de las contingencias profesionales, mediante la suscripción del Anexo correspondiente. El procedimiento de formalización por cese de actividad, su período de vigencia y efectos, se rigen por las normas de aplicación a la colaboración de las Mutuas en la gestión de la Seguridad Social (art. 16 Ley 32/2010, redactado por Ley 35/2014).

El autónomo que se encuentre en esta situación tiene respecto de la Mutua unas obligaciones similares a las que tiene un desempleado respecto del Servicio Público de Empleo:

- Proporcionar la documentación e información que resulten necesarios a los efectos del reconocimiento, suspensión, extinción o reanudación de la prestación.

- Solicitar la baja en la prestación por cese de actividad cuando se produzcan situaciones de suspensión o extinción del derecho o se dejen de reunir los requisitos exigidos.
- Comparecer a requerimiento del órgano gestor.
- Participar en acciones específicas de motivación, información, orientación, formación, reconversión o inserción profesional para incrementar su ocupabilidad, que se determinen por el órgano gestor.

Respecto de los trabajadores por cuenta propia que no tengan cubierta la protección dispensada a las contingencias derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con una Mutua, la tramitación de la solicitud y la gestión de la prestación por cese de actividad corresponderá:

- En el ámbito del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, al Instituto Social de la Marina.
- En el ámbito del RETA, al Servicio Público de Empleo Estatal.

2. PRESTACIONES SANITARIAS

Las mutuas podrán establecer instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores para la prestación de la asistencia debida y la plena recuperación de los trabajadores incluidos en el ámbito de protección de las mutuas (es decir, la asistencia sanitaria debida a contingencias profesionales pero también comunes que sea legalmente autorizada o que pueda realizarse y facturarse conforme a la normativa aplicable).

Se régimen jurídico se contiene en el RD 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas.

Tales servicios e instalaciones, en cuanto que se hallan destinados a la cobertura de prestaciones incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social e integradas en el Sistema Nacional de Salud:

- deben coordinarse con los de las administraciones públicas sanitarias.
- La creación, modificación y supresión de las referidas instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores, requerirán la autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, previa valoración e informe, preceptivo y determinante, de las administraciones sanitarias competentes acerca de la ubicación y características de las instalaciones y servicios propuestos y de su adecuación a las finalidades que deben cumplir

- Se ajustarán a lo establecido en esta materia en la normativa específica que resulte de aplicación en la comunidad autónoma donde se ubiquen
- Forman parte del sector público estatal, en los términos establecidos en el artículo 2.1.d) de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria
- Los recursos con los que financian sus prestaciones forman parte del patrimonio de la Seguridad Social, sin que quepa establecer una relación privilegiada entre un grupo de empresas y trabajadores y una mutua determinada, en perjuicio del resto

Las mutuas podrán hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a su cargo mediante:

- Los recursos sanitarios y recuperadores gestionados por las mutuas, incluyendo los de las entidades y centros mancomunados (regulado en el Capítulo II del RD 1630/2011)
- Convenios con las administraciones públicas sanitarias (Capítulo III RD 1630/2011)
- o conciertos con medios privados (Capítulo IV RD 1630/2011). En este caso último caso:
 - Su utilización tiene un carácter subsidiario, siendo posible solo si las Mutuas no disponen de recursos sanitarios y recuperadores (incluidos los mancomunados), no exista posibilidad de utilización de instalaciones de otras mutuas en condiciones económicas al menos tan ventajosas como las que ofrezcan los conciertos privados, o no exista convenio con las administraciones públicas sanitarias a través de los cuales se pueda dispensar de forma adecuada la prestación de asistencia sanitaria y recuperadora en el área geográfica de influencia en la que se precise dicha asistencia (tomando como referente la provincia)
 - se requiere la previa existencia de instalaciones sanitarias en funcionamiento, que dispongan de la preceptiva autorización de la autoridad sanitaria competente y que lleven a cabo la prestación sanitaria o recuperadora objeto del concierto exclusivamente con sus propios recursos, sin aportación alguna de medios personales o materiales por parte de la mutua durante la vigencia del concierto
 - No obstante, excepcionalmente y en atención a las circunstancias concurrentes, la Dirección General del Ordenación de la Seguridad Social podrá autorizar que los tratamientos quirúrgicos o postquirúrgicos puedan prestarse con medios personales propios de las mutuas, en centros hospitalarios concertados debidamente autorizados (art. 15.2 RD 1630/2011).
 - La vigencia de los conciertos con medios privados no podrá superar el periodo de dos años cuando la prestación de servicios se realice en centros hospitalarios, o de un año en el resto de los supuestos,

y podrán prorrogarse expresamente por igual periodo, por acuerdo de la junta directiva, en el caso de persistir las circunstancias motivadoras del concierto (art. 11 RD 1630/2011).

- La fijación de las tarifas aplicables a los conciertos de asistencia sanitaria que suscriban las mutuas con medios sanitarios y recuperadores privados deberá ajustarse, entre los precios de mercado en el área geográfica de influencia, y en función de la utilización de tales servicios sanitarios y recuperadores, al precio económicamente más ventajoso para la mutua. (art. 13 RD 1630/2011).

Las mutuas también podrán contratar la prestación de servicios profesionales clínicos con personas físicas o jurídicas, cuando razones de especialidad, volumen de gestión u otras circunstancias concurrentes lo hagan aconsejable. Las tarifas a aplicar se ajustarán a lo previsto para los casos de conciertos con medios privados, con la deducción del coste por la utilización de las instalaciones de las mutuas. Esta contratación no requiere autorización previa de la Administración. Solo se exige una comunicación en el plazo de un mes a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, acreditando que concurren las circunstancias exigidas (especialidad, volumen de gestión u otras) (art. 5 RD 1630/2011, de 14 de noviembre).

Los conciertos no podrán suponer la sustitución de la función colaboradora atribuida a estas entidades ni posibilitar la utilización por terceros, con fines lucrativos, de los servicios o de las instalaciones o medios de las mismas. En todo caso, la compensación que se estipule no podrá consistir en la entrega de un porcentaje de la cuota.

Desde el 19 de septiembre de 2010, las mutuas pueden colaborar con los servicios públicos de salud o entidades gestoras de la seguridad social en la labor de asistencia y recuperación profesional de trabajadores afectados por procesos de baja laboral por enfermedad común, a través de acuerdos o convenios de colaboración. A estos efectos y, sin perjuicio de un posterior resarcimiento por el servicio de salud o entidad gestora que sea responsable, las mutuas pueden asumir a su cargo el coste originado por las realización de pruebas diagnósticas, tratamientos y procesos de recuperación funcional para evitar la prolongación innecesaria de procesos de IT (Disposición Adicional 51 LGSS, añadida por Ley 35/2010, y art. 9.2 RD 1630/2011, de 14 de noviembre).

Atendiendo a las circunstancias concurrentes en cada caso, el Ministerio de Empleo podrá autorizar a las mutuas la utilización de sus medios sanitarios y recuperadores para la prestación de asistencia en supuestos distintos de los antes indicados. Ahora bien, los ingresos que las mutuas puedan generar en las instalaciones y servicios sanitarios

y recuperadores, como consecuencia de la dispensa de prestaciones y servicios a personas ajenas a su colectivo de trabajadores protegidos tendrán, en todo caso, el carácter de recursos de la Seguridad Social, integrados como ingresos en las pertinentes rúbricas contables presupuestarias.

La disposición adicional undécima LGSS (redactada por Ley 35/2014), precisa estas cuestiones. Así, indica que las Mutuas podrán celebrar convenios y acuerdos con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social y con los Servicios Públicos de Salud, previa autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, para la realización en los Centros asistenciales que gestionan, de reconocimientos médicos, pruebas diagnósticas, informes, tratamientos sanitarios y rehabilitadores, incluidas intervenciones quirúrgicas, que aquellos les soliciten, en el margen que permita su destino a las funciones de la colaboración. Los convenios y acuerdos autorizados fijarán las compensaciones económicas que hayan de satisfacerse como compensación a la Mutua por los servicios dispensados, así como la forma y condiciones de pago.

Con carácter subsidiario respecto de estos convenios y acuerdos, siempre que los Centros asistenciales que gestionan dispongan de un margen de aprovechamiento que lo permita, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social podrán celebrar conciertos con entidades privadas, previa autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y mediante compensación económica, para la realización de las pruebas y los tratamientos señalados a favor de las personas que aquellos les soliciten, los cuales se supeditarán a que las actuaciones que se establezcan no perjudiquen los servicios a que los Centros están destinados, ni perturben la debida atención a los trabajadores protegidos ni a los que remitan las entidades públicas, ni minoren los niveles de calidad establecidos para los mismos.

Se advierte, en todo caso, que los derechos de créditos que generen los convenios, acuerdos y conciertos son recursos públicos de la Seguridad Social.

Junto con la cobertura sanitaria de los trabajadores de las empresas asociadas y autónomos adheridos, se contempla la asistencia sanitaria a favor de personas que carezcan del derecho o cuando exista un tercero obligado a su pago (aún cuando se trate de personas que ostentan tal derecho, en casos de que exista un tercero responsable civil o penalmente). Así, el art. 71.5 LGSS prevé ambas posibilidades. El Capítulo V del RD1630/2011 regula el régimen aplicable al establecimiento de las tarifas, la definición de los obligados al pago y el procedimiento de reclamación de la deuda en estos supuestos.

Por otro lado, y como una muestra más del acercamiento del régimen del personal de las mutuas al personal al servicio de la Administración, el artículo 1.5 del RD 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas, extiende al personal sanitario que desarrolle las actividades sanitarias y recuperadoras encomendadas a las mutuas, el régimen de incompatibilidades vigente en la comunidad autónoma en la que se desarrollen sus actividades (siempre que se encuentren afectados por lo previsto en el artículo 3.1 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas).

3. PRESTACIONES ESPECIALES

- ¿Qué son? Se trata de ayudas económicas y servicios que tienen por objeto atender situaciones no cubiertas por las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, y como consecuencia de las cuales tenga lugar un estado de necesidad.
- ¿Quién las concede? Su concesión o denegación corresponde a la Comisión de Prestaciones Especiales.
- Beneficiarios:
 - trabajadores al servicio de los empresarios asociados a una Mutua
 - pensionistas que anteriormente hubiesen trabajado en una empresa asociada a la Mutua
 - sus derechohabientes

Solo proceden si se comprueba el estado de necesidad y su hay fondos disponibles.

- Financiación

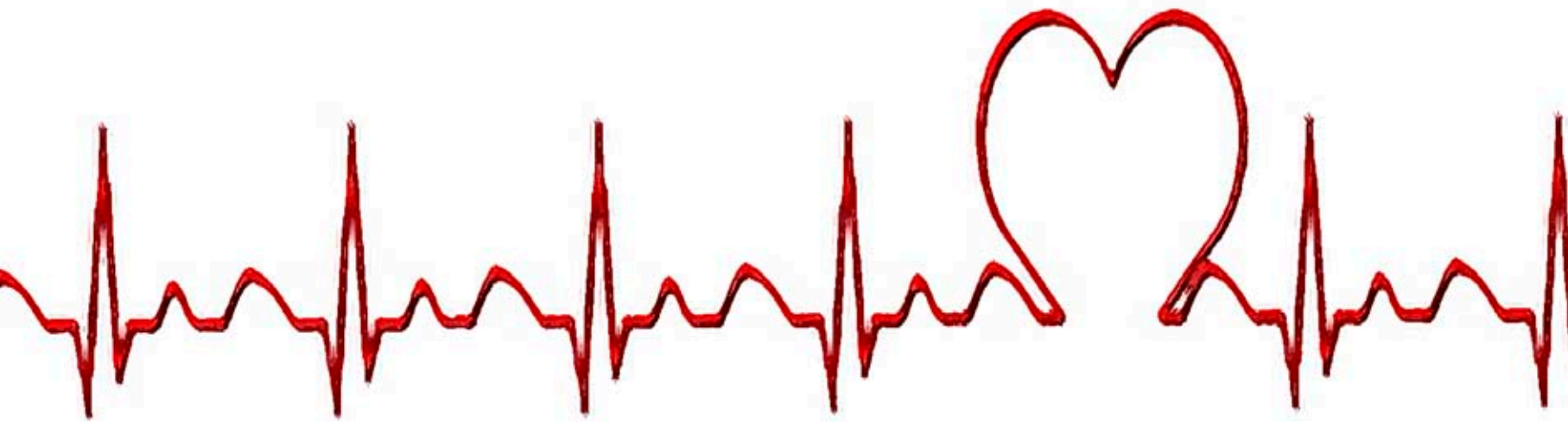
En cuanto a los fondos, el importe que las Mutuas destinan no puede considerarse importante (tomando en cuenta el volumen de sus presupuestos). Pero aún así lo habitual es que no se ejecuten en su totalidad, ya que el número de solicitudes es bajo (circunstancia debida a la falta de difusión de tales prestaciones entre los trabajadores potencialmente beneficiarios).

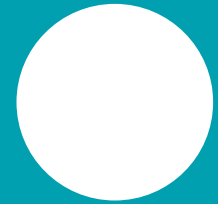
Así, en 2008 solo se ejecutó el 73% del importe presupuestado, y en 2009 el 64,26%.

PRESUPUESTO PRESTACIONES ESPECIALES 2011	
ASEPEYO	11.700.000 €
FREMAP	7.200.000 €
MUTUA UNIVERSAL MUGENAT	4.000.000 €
MUTUAL MIDAT CYCLOPS	1.200.000 €
ACTIVA MUTUA 2008	700.000 €
MUTUA BALEAR	600.000 €
IBERMUTUAMUR	552.520 €
MAZ	467.140 €
FRATERNIDAD-MUPRESPA	460.000 €
MUTUALIA	400.000 €
UMIVALE	281.450 €
EGARSAT	160.000 €
SOLIMAT	120.200 €
MUTUA GALLEGA	60.000 €
MUTUA INTERCOMARCAL	47.450 €
UNIÓN DE MUTUAS	30.000 €
MUTUA NAVARRA	20.200 €
M.A. DE CANARIAS	10.000 €
MUTUA MONTAÑESA	9.000 €
MUTUA DE CEUTA-SMAT	2.080 €
TOTAL	28.020.040 €

COMISIÓN PRESTACIONES ESPECIALES	IMPORTE EJECUTADO 2013
ASEPEYO	10.006.610,93
FREMAP	7.475.000,00
MUTUA UNIVERSAL MUGENAT	1.473.623,51
MUTUAL MIDAT CYCLOPS	835.021,73
IBERMUTUAMUR	528.846,00
FRATERNIDAD-MUPRESPA	434.864,20
MUTUALIA	399.632,75
ACTIVA MUTUA 2008	337.121,68
MAZ	266.251,80
UMIVALE	265.565,10
EGARSAT	118.572,26
MUTUA BALEAR	68.595,21
MUTUA GALLEGA	60.000,00
UNIÓN DE MUTUAS	59.997,29
MUTUA INTERCOMARCAL	45.520,82
MUTUA DE CEUTA-SMAT	11.896,18
MUTUA NAVARRA	9.942,82
M.A. DE CANARIAS	8.517,57
SOLIMAT	5.418,40
MUTUA MONTAÑESA	3.608,75

- Tipo de ayudas. Hay que estar a lo previsto por cada Mutua. Por ejemplo:
 - Ayudas por bajos ingresos
 - Adecuación vivienda (baños y accesos) y vehículos (adaptación y compra del automóvil)
 - Prótesis, sillas de ruedas eléctricas
 - Asistencia de tercera persona
 - Formación y readaptación profesional
 - Tratamientos médicos, odontológicos y oculares
 - Desplazamiento y dietas de acompañantes del trabajador accidentado cuando requiere hospitalización y/o rehabilitación
 - Gastos de sepelio





La Actividad Mutual en
Prevención de Riesgos Laborales:
¿Confusión, separación, cooperación?

10

ÍNDICE

A. Contenido

B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO DE LA UNIDAD

ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. El por qué de las paradojas y contradicciones: un problema de difícil solución en el Derecho actual**
- 3. La situación anterior a la Ley 35/2014, de 26 de diciembre: el marco regulador y la experiencia deficitaria del modelo dual de actividades preventivas**
- 4. La actividad preventiva de gestión directa por las Mutuas: Planes Mutuales de Acción Preventiva con cargo a cuotas.**
- 5. La actividad preventiva mutual de gestión indirecta: Las Mutuas como Servicio de Prevención Ajeno y “sus” Sociedades de Prevención**
 - 5.1. Habilitación legal a las MATEPSS para concertar actividades como SPA**
 - 5.2. Exigencias de separación entre las distintas actividades preventivas mutuales: historia de un incumplimiento ampliamente consentido públicamente**
 - 5.3. Caracterización de las Sociedades Mercantiles de Prevención promovidas por las Mutuas**
 - 5.4. La Ley 35/2014, de 26 de diciembre. El fin de la actividad de las Mutuas como Servicios de Prevención Ajenos.**
 - 5.5. Un aspecto conflictivo siempre “olvidado”: El papel mutual en materia de vigilancia de la salud**

1. INTRODUCCIÓN

Hemos visto en las anteriores Unidades Didácticas cómo el principal cometido de las MATEPSS es prestar la asistencia y la cobertura económica derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional sufridos por los trabajadores protegidos. Pero desde hace largo tiempo van más allá de esa asistencia, de modo que se han venido “preocupando” y, en parte, “ocupando” de la dimensión preventiva de la siniestralidad laboral. En principio, es coherente pensar que quien debe asumir los costes de los daños derivados de la falta de prevención de riesgos laborales, por actuar como entidades aseguradoras de éstos en el marco del Sistema de Seguridad Social, tenga un gran interés por conocer por qué se producen los accidentes o las enfermedades derivadas del trabajo, por buscar o investigar las causas profundas de los mismos y, en la medida de lo posible, intentar anticiparse a ellos y evitar que se produzcan. En esta idea hay, por tanto, razones económicas –reducción de los costes derivados de la siniestralidad evitable- y razones sociales –mejora de la calidad de vida de los trabajadores-.

Sin embargo, esta otra dimensión de la actividad de las Mutuas ha estado envuelta, sobre todo desde 1995, en una gran polémica, que ha seguido hasta nuestros días, pese a los intentos de clarificar y ordenar esta cuestión a partir de 2005. El proceso ha sido lento, conflictivo y en cierto modo confuso. A nuestro juicio es útil establecer cuatro fases en este proceso a fin de poder comprender mejor este complejo e incierto proceso. A saber:

- a) La fase de la confusión plena de actividades preventivas de las Mutuas, como entidades colaboradoras y como SPA (1995-2005): marcada por la LPRL y el RSP
- b) La fase de la segregación funcional, pero más formal que real, al mantenerse una fuerte vinculación organizativa y funcional (2005-2010): marcada por el RD 688/2005
- c) La fase de tránsito hacia una separación más efectiva, pero manteniendo y promoviendo un modelo abierto de cooperación (2011 en adelante): reformas en 2010 del artículo 32 LPRL –Ley 32/2010- y del artículo 13 RMATEPSS por RD 38/2010, primero, luego con la Resolución de 5 de noviembre de 2010, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social y finalmente, de momento, por RD 1622/2011, de 14 de noviembre.
- d) La fase de prohibición de desarrollar funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos, ni participar con cargo a su patrimonio histórico en el capital social de una sociedad mercantil en cuyo objeto figure la actividad de prevención (Disp. Final primera Ley 35/2014).

2. ¿EL POR QUÉ DE LAS PARADOJAS Y CONTRADICCIONES?: UN PROBLEMA DE DIFÍCIL SOLUCIÓN EN EL DERECHO ACTUAL

La normativa vigente define las Mutuas, según se vio en la Unidad Didáctica 4, como una forma de asociacionismo empresarial sin ánimo de lucro y constituidas básicamente como entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la posibilidad de ejercer otras actividades de servicio legalmente previstas (artículo 68 LGSS). Precisamente, en desarrollo de esta previsión legal, las Mutuas fueron reconocidas como prestadoras de un servicio de prevención ajeno para sus empresas asociadas.

Pero la vinculación de las estas entidades con la actividad preventiva tiene orígenes normativos, en el Derecho vigente, pese a su “antigüedad”, anteriores. Realmente, la actividad preventiva desarrollada por las Mutuas encuentra su origen ya en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 y en el Decreto 907/1966, que aprobó el texto articulado de aquélla, que configuró la “Higiene y Seguridad en el Trabajo” como un “Servicio Social” integrado dentro de la “acción protectora de la Seguridad Social” –artículo 20-. Desde entonces, el ámbito de la PRL ha venido caracterizándose, tanto en las normas como en las prácticas, por una amplia sucesión de ambigüedades y confusiones. A ello ha contribuido tanto la falta de claridad reguladora, pues en realidad esa regulación de Seguridad Social no se ha derogado formalmente nunca, aunque sí fuese superada por la evolución posterior en el marco de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), cuanto la tolerancia de la Administración, que ha venido ejerciendo con extraordinaria laxitud –“manga ancha”- sus funciones de vigilancia, control y sanción de eventuales prácticas anómalas o desviadas cometidas en este ámbito por sus entidades colaboradoras privadas.

Realmente, y al margen de la deficitaria regulación reglamentaria de esta materia y sobre todo la pésima práctica realizada al respecto por las Mutuas, el problema sustancial es que no existía un modelo claro en el ordenamiento.

3. LA SITUACIÓN ANTERIOR A LA LEY 35/2014, DE 26 DE DICIEMBRE. EL MARCO REGULADOR Y LA EXPERIENCIA DEL MODELO DUAL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Conforme al artículo 13 RMATEP –en la redacción dada por el citado RD 1622/2011–, las Mutuas podían llevar a cabo dos tipos distintos, en principio, de actividades preventivas. A saber:

- a) En su condición de colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social, las Mutuas, mediante una gestión directa, podrán desarrollar actividad preventiva a favor de sus empresas asociadas y de sus trabajadores dependientes y de los trabajadores por cuenta propia adheridos (artículo 68.2.b TRLSS). A tales fines las Mutuas podrán establecer centros e instalaciones para la dispensación de estos servicios, eso sí, previa autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Esta actividad será financiada con cargo a las cuotas patronales
- b) Junto a estas actividades preventivas derivadas de su papel de colaboradoras en la gestión, la Mutuas, en su condición de Servicio de Prevención Ajeno, siempre que tenga la debida acreditación para ello, han venido pudiendo realizar, hasta la Ley 35/2014, las actividades preventivas que para ellos prevé la LPRL, pero no de forma directa, sino a través de *una forma de gestión indirecta*, consistente en participar, con una porción de su patrimonio histórico, en una *Sociedad Mercantil de Prevención –SMP–* creada a “este único fin” (artículo 32 LPRL). Esta actividad iba a cargo de los contratos que firmase la Mutua con las correspondientes empresas, que desde el 6 de noviembre de 2010 no quedaban restringidas a las asociadas a la Mutua titular del capital social de la SMP, sino que tenían libertad de contratación en el mercado.

Esta dualidad de papeles preventivos desde el principio se ha venido revelando, como se ha anticipado, muy conflictiva, llevando a sucesivas reformas normativas. Veamos brevemente todo el proceso.

4. LA ACTIVIDAD PREVENTIVA DE GESTIÓN DIRECTA POR LAS MUTUAS: LOS PLANES MUTUALES DE ACCIÓN PREVENTIVA CON CARGO A CUOTAS Y EL PROBLEMA DE LA EFICIENCIA DE SU USO

La dispensa de servicios preventivos a favor de las empresas asociadas como entidades colaboradoras y, por tanto, con cargo a cuotas de la Seguridad Social –primas-, viene determinada por los llamados Planes de Actividades Preventivas, que debe aprobar el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. El marco regulador de esta dimensión preventiva de las Mutuas está en la Orden TAS/3623/2006, de 28 de noviembre, por la que se regulan las actividades preventivas en el ámbito de la Seguridad Social y la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, así como en la Resolución de 4 de mayo de 2015, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se establece el Plan general de actividades preventivas de la Seguridad Social, a aplicar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social en la planificación de sus actividades para el año 2015 (Resolución que prorroga los programas, criterios y actividades a aplicar por las Mutuas en la planificación de las actividades preventivas establecidos para 2014 en la Resolución de 21 de mayo de 2014).

Conforme a esta normativa, la actuación preventiva de la Seguridad Social, financiada a través del Fondo de Prevención y Rehabilitación, se debe llevar a cabo básicamente a través de:

- la referida Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, como órgano tripartito
- Encomiendas al INSHT, como órgano especializado de la Administración General

En cambio, la actividad preventiva de las Mutuas con cargo a sus presupuestos de gasto debe entenderse “*de forma residual y con carácter transitorio*”. De ahí, que la actual política a tal fin sea la de considerar innecesaria la dedicación por las Mutuas de recursos de la Seguridad Social por el importe máximo de las cuotas relativas a contingencias profesionales previsto en el artículo 3.1 de la referida Orden TAS –el 1%-. Por eso lo fija ahora en un **máximo de 0,7%** de sus ingresos por cuotas derivadas de contingencias profesionales, por lo que cada Plan deberá respetar esa limitación presupuestaria.

Asimismo, el **Plan de Actividades Preventivas de la Mutua** deberá fijar claramente unas directrices que garanticen la mayor eficacia y eficiencia posibles, de modo que se trate de fondos orientados a la mejora de las medidas preventivas implantadas en cada empresa y, por tanto, a la reducción de la incidencia de los accidentes y enfermedades laborales. En todo caso, se prohíbe que a través de esta vía se pueda sustituir a la empresa en el

cumplimiento de sus obligaciones preventivas. El Plan debe presentarse a la aprobación por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, con especificación de los aspectos más relevantes

En la citada Resolución de 4 de mayo de 2015 se establece como prioridades:

- Atención específica a empresas de hasta 50 trabajadores que pertenezcan a sectores de actividad en los que concurra un mayor volumen de accidentes de trabajo graves y mortales, sectores éstos que aparecen determinados en la relación que se incluye como Anexo I.
- Atención específica a empresas que en el año 2014 han superado los índices de siniestralidad propios frente a los obtenidos en el año 2013, en ambos casos por accidentes graves y mortales.
- Atención específica a las empresas que hayan declarado en 2014 enfermedades profesionales con baja, causadas por los agentes y en los sectores de actividad indicados en el Anexo II.
- Programa de asesoramiento a empresas o actividades concurrentes, en los centros de trabajo en los que concurren trabajadores de dos o más empresas, incluidas contratistas y subcontratista o trabajadores autónomos, cuando alguna de sus empresas o alguno de cuyos trabajadores se encuentre asociada o adherido a la mutua. En estos casos la mutua habrá de informar y asesorar sobre la aplicación de los medios de coordinación existentes para la prevención de riesgos laborales.
- Programa de difusión del servicio de la Seguridad Social denominado “Prevención10.es”, consistente en la realización de jornadas informativas entre las empresas asociadas de hasta 25 trabajadores o autónomos adheridos.
- Programa para el control del gasto en prestaciones económicas de la Seguridad Social por contingencias profesionales.

Debe tenerse en cuenta el nuevo reparto de competencias en los Estatutos de Autonomía, como el catalán –ejemplo Orden TRE/328/2010, 31/05-, que han asumido competencias de coordinación de las actividades de prevención de riesgos realizadas por las Mutuas en sus respectivos territorios. En este sentido, se establece, que estas Comunidades Autónomas podrán interesar de entre los programas de actividades establecidos para este año 2015 en la Resolución de 4 de mayo, y respetando los destinatarios, actividades, criterios y objetivos de los mismos, el desarrollo de aquellas particularidades que les interesen, debiendo comunicar al Ministerio de Empleo estas actividades de desarrollo a realizar por las mutuas en el ámbito autonómico.

Finalmente, como técnica de control público, las Mutuas están obligadas a informar sobre la ejecución del Plan de Acción Preventiva Mutual durante el primer trimestre del año siguiente –en este caso 2016-, poniendo a disposición de la Dirección General toda la información relevante.

En línea opuesta a esta visión residual de la actividad preventiva de las Mutuas, el sector – Grupo de Trabajo de PRL creado por AMAT- viene evidenciando cómo la prevención de riesgos con cargo a cuotas es:

- un factor de dinamismo de la Seguridad Social, que no puede quedarse sólo en la faceta de reparación, entre otras cosas porque el elevado costes de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales perjudica la propia viabilidad del Sistema de Seguridad Social en general, y en particular de las Mutuas. A tal fin se reclama la posición de la OIT al respecto, que promueve la asunción de la rama preventiva por la Seguridad Social
- un factor clave para la competitividad empresarial, en la medida en que podrían reducir su contribución a la Seguridad Social si consiguen reducir la siniestralidad.

5. LA ACTIVIDAD PREVENTIVA MUTUAL DE GESTIÓN INDIRECTA: LAS MUTUAS COMO SPA Y SUS SOCIEDADES DE PREVENCIÓN.

5.1. Habilitación legal a las MATEPSS para concertar actividades como SPA

El artículo 32 LPRL, en la redacción que entró en vigor el 6/11/2010, disponía que las Mutuas **“no podrán desarrollar directamente las funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos. Ello sin perjuicio de que puedan participar con cargo a su patrimonio histórico en las sociedades mercantiles de prevención** constituidas a este único fin, en los términos y condiciones que se establezcan en las disposiciones de aplicación y desarrollo”.

El cambio de planteamiento resultó sustancial comparándolo con el texto legal que estaba vigente antes del 6 de noviembre de 2010, según el cual:

“Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social **podrán desarrollar para las empresas** a ellas asociadas las funciones correspondientes a los servicios de prevención, con sujeción a lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 31”.

Como puede verse, en 2010 se pasó de una estructura permisiva, e incluso promotora, de la actividad preventiva de las Mutuas como SPA –“podrán desarrollar...”, a otra prohibitiva –“no podrán desarrollar”-. Sin embargo, como otras tantas veces en este ámbito, el cambio resultó ser más formal que real.

La razón de este alcance limitado de la reforma normativa residió en que en que se trató más bien de una modificación del modelo de gestión de esta actividad preventiva de las Mutuas como SPA, a fin de consolidar ahora el tan recurrente modelo de **gestión indirecta de servicios**, usual en todos los ámbitos del sector público, creando entidades organizativas interpuestas para la prestación de servicios titularidad de una entidad pública, en este caso, de una entidad de economía social fuertemente controlada públicamente, al menos en teoría, y en todo caso una entidad integrada en el sector público desde 2003. Esta nueva regulación no sólo reflejaría el proceso de separación funcional y financiera iniciado en 2005, sino que abogaría por una intensificación del mismo. No obstante, la indeterminación del texto legal hizo que por enésima vez el modelo final quedase en gran medida en manos del Gobierno, a quien compete llevar a cabo la normativa de desarrollo, unilateral o, como debería, pactada.

5.2. Exigencias de separación entre las distintas actividades preventivas mutuales: historia de un incumplimiento ampliamente consentido públicamente

Para comprender adecuadamente la situación no está de más repasar, pero de manera muy sumaria, las claves fundamentales de este proceso, tanto las razones del mismo como su evolución desde 2005 hasta hoy. Comenzamos recordando que la intervención de las MATEPSS como Servicio de Prevención Ajeno tenía su fundamento en el marco regulador de la política de prevención de riesgos laborales, que estableció un régimen excepcional y claramente favorable a las MATEPSS en relación a sus competidores directos, representados en los Servicios de Prevención Ajenos –SPA- de naturaleza mercantil, pues quedaban exentas de pedir la debida acreditación. Como resultado de ese marco regulador –legal y reglamentario-, a finales de 1998 todas las MATEPSS registradas estaban acreditadas en materia de PRL

La actividad de las MATEPSS en esta parcela sólo encontraba una doble limitación:

- *su ámbito de acción era únicamente el de las empresas asociadas*, como se ha indicado. La entrada en vigor, el 6 de Noviembre, de la reforma operada por la Ley 32/2010 en el artículo 32 LPRL marca, pues, un hito con la liberalización de las Sociedades de Prevención respecto de las Mutuas. Ahora la empresa podía elegir más libremente su SPA y la Sociedad de Prevención no tenía limitado su campo de acción a las asociadas a su Mutua promotora, lo que les abría todavía más el mercado preventivo. Las Sociedades de Prevención se habían quejado de que esa restricción limitaba la competencia, pero recuérdese que ellas heredaron una posición de ventaja que han mantenido con creces (más del 80% de la cuota de mercado preventivo).
- *quedaban sometidas al control por parte del poder público*, que no sólo debía autorizar inicialmente su actividad preventiva sino que podía suspenderla, una vez ejercida, si se comprobaba la negligencia en el cumplimiento de la actividad o la pérdida de los requisitos exigidos para su concesión. Sin embargo, nunca se ejerció un control rígido sobre las mismas, como evidencia el que todas obtuvieron acreditación y ninguna la perdió hasta 2005.

Las MATEPSS vinieron incurriendo en su actividad preventiva en una notable confusión de sus fuentes de financiación y en el uso indiscriminado de los medios materiales y recursos humanos con que éstas han contado. De modo que los recursos se dedicaron indistintamente a ambas actividades preventivas: los ingresos se imputaban a recursos propios y los gastos a cuotas.

El resultado de estas malas prácticas fue:

- la asunción por el patrimonio único de la Seguridad Social de costes “privados”. Fruto de las regularizaciones efectuadas, la Seguridad Social fue compensada con 63.415.499,74 euros por los recursos personales y materiales que las Mutuas utilizaron en los servicios de prevención ajenos durante los años 2003 y 2004.
- efectos perniciosos en la competencia con las entidades mercantiles – Informe del Tribunal de Cuentas sobre fiscalización de las actividades de las MATEPSS como SPA en los ejercicios 2001 a 2003- (competencia desleal)

En gran medida, y antes de la creación de la Oficina Virtual para quejas creada por la Seguridad Social y la colaboración sindical y de las Mutuas, fueron los competidores del sector los que realizaron una importante función de control desde dentro que, junto a la permanente acción de denuncia sindical, a raíz de la cual se movilizó un cambio de orientación. Han dado algún fruto relevante, arrastrando hacia este movimiento de control y subsanación de irregularidades a los poderes públicos, que actúan aquí como subsidiarios y en defecto y no en primer plano de esta función, como deberían. Actuaciones como las que llevaron a los procedimientos públicos por un delito de malversación de caudales públicos como el de la MUTUA UNIVERSAL tienen su origen en esta acción, que desde luego no es indiferente para los trabajadores (2000 de la Mutua y 700 de su Sociedad de Prevención, UNIPRESALUD)¹. La confusión no es nueva y está en los genes de todo el sistema, como se ha dicho. Así, en el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, se decidió borrar del marco de actuación de la Seguridad Social la actividad de prevención de riesgos, con lo que el Sistema de Seguridad Social quedaría a partir de ese momento excluido de la política preventiva de riesgos laborales, por lo que no podría contribuir a la financiación de este tipo de actividades. Sin embargo, sucesivas Leyes PGE mantuvieron un papel, más o menos intenso, de la Seguridad Social en este ámbito, detrayendo recursos para llevar a cabo actividades de prevención, con lo que ello representa no sólo de carga sobre el presupuesto público sino también de inseguridad jurídica sobre la situación a seguir –SSTCO 65/1987 y 65/1990-.

¹ Mutua Universal facturó a la Seguridad Social por servicios inexistentes y utilizó para ello a siete empresas vinculadas entre sí y a la propia mutua que habrían actuado de meras *factureras*. La cantidad no justificada asciendió a 6,135 millones de euros durante los años 2005 y 2006 y se refiere a falsos gastos por asistencia médica a trabajadores en baja laboral de empresas asociadas, que Mutua Universal habría pretendido endosar a la Seguridad Social. La Mutua, sin perjuicio de los procedimientos judiciales abiertos, se sometió a un Plan de Subsanación de las deficiencias e irregularidades denunciadas.

Ante esta situación, la necesidad de clarificación era evidente. Este difícil cometido es el que intentó el RD 688/2005, de 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las MATEPSS como SPA. Decimos intentó porque realmente no lo logró, al menos de un modo razonablemente satisfactorio. En este sentido la norma ya nació rodeada de polémica, pues el instrumento elegido no fue el más adecuado –no tiene rango suficiente, al ser Reglamento y no Ley, tuvo un carácter unilateral, poco participado por los sindicatos, sí por la patronal de las Mutuas-, su contenido resultaba discutible en el plano de la legalidad, pues para muchos ssguía siendo contrario al Derecho Comunitario de la Competencia, y sus objetivos distaban de estar cubiertos, de ahí su falta de eficacia

Para cumplir con estos objetivos –solucionar los problemas derivados del uso compartido de recursos y ofrecer un régimen específico de autorización como SPA- el RD deslindó las dos clases de actividades preventivas. A tal fin, modificó los artículos 13 y el 37 RMATEPSS (RD 1993/1995) y el 22 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997). Como medio a través del cual instrumentar la separación se estableció una aparente opción para las MATEPSS que siguiesen interesadas en mantener la dualidad y que consistía en decidir bien la creación, previa autorización ministerial, de una “Sociedad de Prevención”, para realizar las actividades de la Mutua como SPA, o bien constituir una organización específica interna pero diferenciada.

De optar por la primera fórmula, la Sociedad de Prevención –SMP- quedaría sujeta a la legislación mercantil, asumiendo la forma de SA o de SRL, correspondiendo la opción a la Junta General de la Mutua, como órgano superior de Gobierno de ésta. No obstante, tras la reforma de 2010, la única opción quedó limitada a la constitución de una SMP.

Precisamente, este elemento mercantilizador fue el argumento esgrimido por la UGT-FES (también por CCOO-COMFIA), para oponerse a la norma en el proceso de negociación de la misma. En este sentido, ni la Directiva Marco, ni la normativa española de transposición, ni del Tribunal de Cuentas, se deducía que las nuevas Sociedades de Prevención tuviesen que adoptar de un modo obligatorio la forma jurídica de sociedades con ánimo de lucro, basando con asumir una forma empresarial competitiva, que no implicase necesariamente la existencia de beneficio. Por lo tanto, la norma reglamentaria volvió a priorizar un enfoque de mercado en vez de una lógica social, dando preferencia al objetivo de la consecución de beneficios con la prevención que el de promover la cultura preventiva y reducir la siniestralidad laboral.

Entre las deficiencias que planteó la norma promotora de la separación, y que han estado en la reforma realizada por el RD 38/2010, y luego por el RD 1622/2011, estaban:

- la debilidad de los términos en que se concretó la separación, que aparece más formal que real.
- la concesión de un dilatado periodo transitorio para proceder a la separación, de modo que durante tres años pudieron seguir disponiendo de recursos adscritos a su actuación como entes colaboradores de la gestión de Seguridad Social. Un plazo ampliable con la debida autorización del Ministerio cuando concurriesen “circunstancias que así lo hagan aconsejable”. Por lo tanto, continuó su posición de ventaja competitiva en el mercado
- los Directores Generales de las MATEPSS pudieron compatibilizar las funciones propias de su cargo y las de gestión de las Sociedades de Prevención durante el periodo transitorio.
- Todo el proceso estuvo plagado de irregularidades e incumplimientos (utilización a efectos publicitarios de la nueva Sociedad de Prevención de los certificados de calidad de las Mutuas, uso de la marca de la Mutua en la denominación de la Sociedad de Prevención, publicidad conjunta, confusión en la utilización de medios técnicos y humanos, tales como personal sanitario, unidades móviles de salud, clínicas...).
- Pese a que el patrimonio histórico sólo podía dedicarse al fin social de la Mutua, el dedicado a crear una Sociedad de Prevención sí admitía rendimientos o incrementos.

5.3. Caracterización de las SMP promovidas por las Mutuas

Se vista como se vista, lo cierto es que la reforma de 2010 supuso autorizar a las Mutuas a actuar mediante *una forma de gestión mercantil indirecta* como SPA. Ante la trascendencia de esta situación, en la norma reguladora se recogían algunas limitaciones que afectaban a la configuración de su objeto social. Así, al menos en el plano formal, se establecía un fuerte intervencionismo público de este modelo de empresa, pese a su naturaleza mercantil, de modo que se extendía a ellas el modelo de control y fiscalización propio de las MATEPSS por la Intervención General de la Seguridad Social, que incluye la autorización ministerial de su constitución. De ahí que la Seguridad Social se reservase una importante función de tutela, en garantía de su transparencia y corrección de su funcionamiento.

5.4. La Ley 35/2014, de 26 de diciembre. El fin de las actividades de las Mutuas como Servicios de Prevención Ajenos.

Pese a las comentadas reformas de 2005 y 2010 y al aumento de los controles de la actividad de las Mutuas como SPA, las dudas y problemas derivados de la separación funcional entre estas actividades y su papel –principalmente como colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social y los efectos sobre el principio de competencia y libre mercado en el ámbito de los servicios de prevención han determinado que en la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, se establezca la prohibición para las Mutuas de “desarrollar las funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos, ni participar con cargo a su patrimonio histórico en el capital social de una sociedad mercantil en cuyo objeto figure la actividad de prevención” (Disp. final primera L.35/2014, que modifica el art. 32 LPRL).

Se establece, pues, la prohibición de participar por parte de las Mutuas en actividades mercantiles de prevención y, a tal efecto, la Dispos. transitoria tercera regula el régimen y los plazos para realizar la desinversión de las Mutuas en las sociedades de prevención. Así, aquellas entidades mutualistas que, al amparo del anterior art. 32 LPRL, hubiesen aportado capital de su patrimonio histórico en las sociedades mercantiles de prevención constituidas por las mismas, han debido presentar las propuestas de venta antes del 31 de marzo de 2015 y enajenar la totalidad de las participaciones con anterioridad al 30 de junio de este año (plazo, a todas luces, breve).

Si finalizado este plazo, las Mutuas no hubiesen enajenado la totalidad de sus participaciones en las sociedades de prevención, éstas entrarían en causa de disolución, debiendo la Mutua trasladar al Ministerio de Empleo el acuerdo de disolución, debidamente inscrito en el Registro Mercantil y con los documentos que le sean requeridos, durante el mes de julio de 2015, dando cuenta de la actuaciones desarrolladas y previstas para la liquidación de la sociedad y el plazo estimado para finalizar el proceso liquidatorio, resultados previstos y aplicaciones.

En el período transcurrido hasta la total desinversión, las Mutuas no podrán celebrar contratos con la sociedad de prevención propia ni de otra Mutua, ni realizar aportaciones a las mismas o contraer obligaciones a favor o en beneficio de aquéllas, excepto autorización expresa del Ministerio de Empleo.

Más allá de la valoración, positiva o negativa, de esta nueva regulación prohibitiva para las Mutuas (reflejada en el propio Dictamen del CES sobre el anteproyecto de Ley que contiene ambas posturas, la favorable y la desfavorable a la “salida” de las Mutuas del ámbito de las actividades mercantiles de prevención)², lo cierto es que la misma deja puntos débiles, como el destino de los trabajadores de las sociedades de prevención. Hubiese sido deseable que la nueva regulación aludiese expresamente a esta cuestión y estableciese garantías para los derechos de los trabajadores³.

5.5. Un aspecto conflictivo siempre “olvidado”: El papel mutual en materia de vigilancia de la salud

Sin una adecuada interrelación de la especialidad relativa a la “vigilancia de la salud” en todo el proceso preventivo es imposible llevar a cabo una genuina y eficaz gestión de los riesgos profesionales. Es fruto de una importante evolución, no ya sólo nominal –antes se hablaba de “reconocimientos médicos” a secas-, sino sustancial –así lo evidencia la Disposición Transitoria, 5ª OM 192/2002, de 31 de enero, reguladora de los “Reconocimientos médicos generales comprendidos en la cobertura de las contingencias profesionales”-.

No obstante, la práctica ha evidenciado su debilidad. La experiencia permite constatar cómo se trata de la especialidad con menor dosis de implantación efectiva, desvirtuando el nuevo enfoque que quiso darle la LPRL. Entre los factores que ha incidido en ello está:

- la concesión de muchas acreditaciones a SPA que no tienen esa especialidad, lo que mueve un amplio mercado de subcontratación a tales efectos.
- la permisión de continuar realizando los reconocimientos médicos como actividad con cargo a cuotas por parte de la Mutua, que ha favorecido la mala práctica de ofrecer este producto “gratuitamente” como forma de captar clientes y ganar cuotas de mercado.
- la escasez de personal especializado, pese al intento en los últimos años de ampliar la plantilla, convocando plazas por parte del Ministerio de Sanidad en Medicina del Trabajo, así como de Enfermería del Trabajo. En la financiación de una parte importante de estas plazas, así como de su formación,

2 LÓPEZ GANDÍA, J. y TOSCANI GIMENEZ, D.: *La reforma de las Mutuas*. Bomarzo. Albacete, 2015. Pág. 154.

3 En este sentido, el grupo parlamentario de Izquierda Plural proponía que si en un período de cinco años desde la enajenación por parte de la Mutua se produjera el cese individual o colectivo de las relaciones laborales por causas económicas, técnica, organizativas o de producción, la Mutua debería responder de manera subsidiaria con cargo a su patrimonio histórico y a la Reserva Complementaria de las obligaciones que se pudieran derivar respecto al personal que fue cedido desde la sociedad de prevención proveniente inicialmente de la Mutua, propietaria anterior de dichas participaciones.

participan las Mutuas, por decisión del Ministerio de Empleo, a través del correspondiente convenio de colaboración.

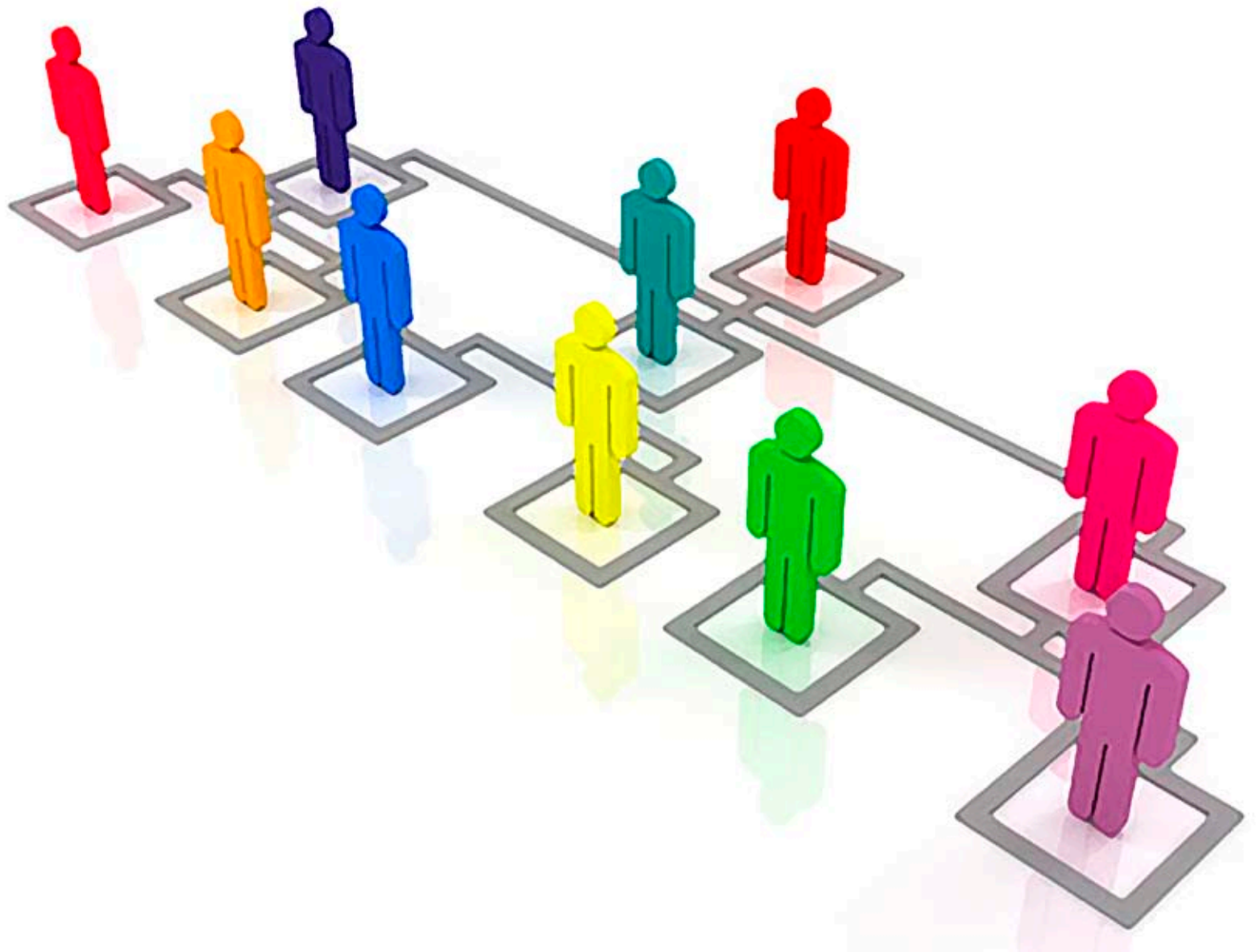
- la dejación de funciones de vigilancia y control de esta actividad por las autoridades sanitarias, despreocupadas en gran medida por la salud laboral, como evidencia alguna denuncia por parte de “defensores autonómicos”, como el catalán.

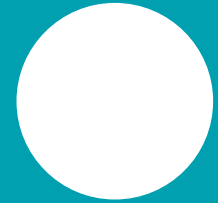
B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER

- **MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL:** Asociación privada de empresarios constituida mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo. Las Mutuas se caracterizan por la ausencia de ánimo de lucro y la responsabilidad mancomunada de sus miembros.

- **ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** Prestaciones que otorga la Seguridad Social, cuyo objeto es dispensar orientación, información, asesoramiento y asistencia técnica a los empresarios y a los trabajadores por cuenta propia o autónomos para ayudarles a solventar las insuficiencias, deficiencias o particularidades que presentan sus organizaciones o el sector de la actividad económica al que pertenecen. Asimismo, comprenden el estudio y evaluación de las causas que generan las contingencias profesionales de la Seguridad Social.

- **SOCIEDAD DE PREVENCIÓN:** Aquellas entidades mutualistas que, al amparo del anterior art. 32 LPRL, hubiesen aportado capital de su patrimonio histórico en las sociedades mercantiles de prevención constituidas por las mismas, han debido presentar las propuestas de venta antes del 31 de marzo de 2015 y enajenar la totalidad de las participaciones con anterioridad al 30 de junio de este año.





Órganos de participación de los Trabajadores en el Control de la Gestión de las Mutuas

11

ÍNDICE

A. Contenido

A. CONTENIDO

ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Niveles de representación y órganos de participación de los trabajadores en las Mutuas**
- 3. Órganos de participación institucional en las Mutuas: Comisiones de Control y Seguimiento y de Prestaciones Especiales**
 - 3.1. Aspectos generales**
 - 3.2. La Comisión de Control y Seguimiento de la Mutua –CCS-**
 - 3.2.1. Naturaleza regulación de las CCS: un órgano de participación institucional no de gestión paritaria**
 - 3.2.2. Las reglas de composición de la CCS**
 - 3.2.3. Las competencias de la CCS.**
 - 3.2.4. El Régimen de Funcionamiento**
 - 3.2.5. Valoración de su eficacia: balance y perspectivas de futuro.**
 - 3.3. La Comisión de Prestaciones Especiales –CPE-**
 - 3.3.1. Naturaleza del órgano**
 - 3.3.2. Competencias**
 - 3.3.3. Composición: remisión a los Estatutos de la Mutua**
 - 3.3.4. Reglas de Funcionamiento: los fija también el Estatuto de la Mutua**
 - 3.3.5. Valoración de su utilidad práctica: balance y perspectivas de futuro**
- 4. La representación de los trabajadores en estructuras mutuales complejas: otra asignatura pendiente**
- 5. Reflexión final: Hacia un nuevo modelo de participación en la gestión mutual**

1. INTRODUCCIÓN

Junto a la “*eficacia*” de los servicios competencia de las Mutuas, que es una cuestión de “garantías de calidad” de las prestaciones que atiende a favor, al menos teóricamente, de los trabajadores, y a la “*eficiencia* en la gestión” de los recursos públicos que asume, que es una cuestión de mejora de su funcionamiento a fin de ajustar de modo óptimo recursos disponibles y necesidades reales del sistema, aspectos que han sido abordados en las Unidades Didácticas anteriores, la otra gran clave para analizar las Mutuas es la mejora del “*control*” de su actuación.

En la centralidad del objetivo del buen control de funcionamiento de las Mutuas coinciden todos los sectores de opinión, así como todos los sujetos concernidos por este sector, como prueba el que la Comisión del Pacto de Toledo volviera a insistir, en el Informe para la reforma en el año 2011, en la necesidad de adoptar medidas “*que mejoren...el control de las Mutuas*” (BOCG, Congreso, BOE 13/1/2011, p. 25-). Y el Acuerdo Social y Económico, para el crecimiento, el empleo y la garantía de las pensiones, de febrero de 2011, indicó que “Los órganos directivos de las Mutuas se compondrán de las empresas con mayor número de trabajadores mutualizados, de otras designadas paritariamente por las organizaciones empresariales y de una representación de las organizaciones sindicales más representativas”. Siguiendo estas directrices, la Ley 27/2011, de 1 de agosto, en su disposición adicional decimocuarta (hoy ya derogada por la Ley 35/2014), encomendó al Gobierno –en el plazo de un año- una reforma del marco normativo de aplicación a las Mutuas, con arreglo –entre otros- a los siguientes criterios:

- Establecer que los órganos directivos de las Mutuas se compondrán de las empresas con mayor número de trabajadores mutualizados, de otras designadas paritariamente por las organizaciones empresariales y de una representación de las organizaciones sindicales más representativas.
- Promover, dada su condición de entidades colaboradoras con la Seguridad Social, el debido desarrollo de la participación de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, de las asociaciones profesionales más representativas de los trabajadores autónomos, de los sindicatos más representativos y de las Comunidades Autónomas, en sus órganos de supervisión y control.

De este modo, no se discute que hay que incrementar el control sobre las Mutuas. Ahora bien, en lo que ya no existe consenso es en determinar qué se entiende y qué implica por esa mejora del control, pues para unos es sólo avanzar en la transparencia de la gestión y para otros es hacer más eficaces los controles públicos existentes sobre la actuación mutual.

Sin embargo, el enfoque sindical en esta materia es mucho más amplio. Y, al menos, exige tres ámbitos de actuación:

- la mejora de la **transparencia** del funcionamiento de las Mutuas, puesto que no gestiona recursos privados sino recursos y prestaciones públicas de la Seguridad Social
- el reforzamiento del **control público** de la gestión mutual, como corresponde a su ser no ya “entidades empresariales privadas”, sino entidades con trascendencia social que hoy se integran de pleno en el sector público
- la **democratización** de su gobierno, mediante la creación de “órganos de gestión paritaria” de las Mutuas entre organizaciones empresariales y sindicatos, así como la implantación de un “modelo de codecisión” en las empresas asociadas a las Mutuas respecto de todas las cuestiones relativas a las relaciones entre aquéllas –las empresas- y éstas –las Mutuas-.

Pues bien, no cabe duda que desde mediados de 1995, con la actuación tanto de las “Comisiones de Control y Seguimiento” –CCS- cuanto de las Comisiones de Prestaciones Especiales –CPE-, se han dado pasos importantes o significativos en la dirección de mejora del control del funcionamiento de las Mutuas mediante la llamada “participación institucional” de sindicatos y empresarios en la gestión mutual, como se refirió en la UD 5. Ahora bien, como se verá, sigue siendo un paso claramente insuficiente. En esta UD analizaremos con cierto detalle las competencias y reglas de funcionamiento de estos órganos de participación institucional, así como su experiencia práctica en estos años, para luego hacer alguna reflexión más de futuro en la UD 12 en torno a este objetivo sindical irrenunciable que es la gestión paritaria de las Mutuas, como imperativo de democracia social y económica.

2. NIVELES DE REPRESENTACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN LAS MUTUAS

Previamente, en el marco del llamado “principio de autonomía colectiva”, conviene hacer una diferenciación, que entendemos relevante, en torno a las diversas formas de influencia e implicación de los trabajadores en las Mutuas. Así se distingue entre:

1. Formas de *representación* de los trabajadores implicados en la actuación de la Mutua
2. Formas de *participación institucional* de los trabajadores en la gestión de la Mutua.

Por lo que concierne a los canales contemplados en la normativa para ejercer el derecho de representación de los trabajadores en los Órganos de Gobierno debe recordarse, pues se vio en la UD 5, que se reconoce:

- Un nivel de representación de los trabajadores de la Mutua en la Junta General, como órgano de gobierno: se trata del representante de los trabajadores al servicio de la entidad. Éste tendrá plenos derechos y será elegido de entre los miembros del comité o comités de empresa o de los delegados de personal, o en su caso, de los representantes sindicales del personal. La elección será efectuada entre los propios miembros de los mismos.
- Un nivel de representación de los trabajadores de las Mutuas partícipes en las estructuras mutuales complejas, esto es, en las también estudiadas en la UD 5 “Corporaciones-Mancomunidades”.
- No se prevé, en cambio, ninguna representación de los trabajadores de las empresas asociadas, lo que carece de sentido desde una lógica paritaria y democrática, pues son los destinatarios de sus servicios

3. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL EN LAS MUTUAS: COMISIONES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO Y DE PRESTACIONES ESPECIALES

3.1. Aspectos generales

Si por “*gestión mutua*” se puede entender el conjunto de actuaciones y procesos que realiza la Mutua a fin de cumplir del modo más eficaz, eficiente y equitativo posible con sus fines, es evidente que por “*control de gestión*” debería entenderse todos los instrumentos que sirven para:

- influir y guiar hacia tales objetivos o fines a la organización establecida para ello –poder de influencia de la gestión-
- así como para evaluarla - poder de evaluación-
- y, en su caso, de entender que se desvía de las prácticas correctas, revisarla, proponiendo mejoras –poder de corrección de rumbo-

Las Comisiones de Control y Seguimiento –CCS- buscan cumplir estos objetivos, dando entrada a sindicatos y empresarios afectados por la gestión mutua con vista a servir de canales de interlocución donde la información fluya, desde los representantes a la Mutua y desde ésta a los representantes, para dar a conocer las prácticas de gestión a éstos y abrirse a las mejoras que se les proponga. Por su parte, la Comisión de Prestaciones Especiales es un órgano no ya sólo de participación institucional sino de cogestión, al determinar la distribución de cuantías del Fondo Asistencial de la Mutua, pero limitado a esta materia tan específica y de limitado efecto, pese a su importancia para los trabajadores que precisan estas ayudas complementarias. Ambos órganos aparecen significativamente consolidados hoy y han tenido una experiencia, como se verá, positiva. Sin embargo, como también se decía, son muchas las insuficiencias de su regulación para que puedan funcionar como auténticos órganos de gestión paritaria con un sentido fuerte o global en el gobierno y gestión de la Mutua, de ahí la insistencia sindical en su reforma, en parte compartida por el Ministerio, pero en parte cuestionada al entender que es más relevante ejercer efectivamente las competencias contempladas en la normativa que pedir una ampliación de las mismas.

3.2. La Comisión de Control y Seguimiento de la Mutua –CCS–

3.2.1. Naturaleza y regulación de las CCS: un órgano de participación institucional no de gestión paritaria

El artículo 71.1 LGSS (redactado por la Ley 35/2014), el órgano de participación institucional de las Mutuas es la CCS.

Más adelante, en su número 5, el artículo 71 desarrolla sus funciones y régimen de funcionamiento, que se desarrolla reglamentariamente en el artículo 37 RD 1993/1995 y Orden del MTAS de 2/8/1995, que aprueba las reglas de composición y actuación-. El art. 71.5 indica que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social regulará la composición y régimen de funcionamiento de estas Comisiones, previo informe del Consejo General del INSS..

Por tanto, la Comisión de Control y Seguimiento de las Mutuas es el órgano a través del cual se realiza *la participación institucional* de los trabajadores y los empresarios en el control de la gestión de cada Mutua. En consecuencia, les permite ejercer un “*poder de vigilancia*”, sobre todo, y de un cierto “*poder de influencia*”, aunque más limitada, sobre las actividades y prácticas realizadas por las Mutuas en el gobierno de sus competencias.

3.2.2. Las reglas de composición de la CCS

Al Ministerio de Empleo y Seguridad Social le compete regular el *número de miembros*, con un máximo de doce (hasta la Ley 35/2014 era un máximo de 10), designados por las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, así como por una representación de las asociaciones profesionales de los trabajadores autónomos. La preside el Presidente de la propia Mutua.

Antes de la reforma de diciembre de 2014 (Ley 35/2014), el número oscilaba entre 6 y 10, atendiendo a la dimensión y características de cada Mutua. Del número de miembros de cada Comisión de control y seguimiento corresponderá –criterios de reparto–:

- 50% a la representación de los trabajadores protegidos por la Mutua, a través de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito territorial de actuación mutual
- 50% a la representación de los empresarios asociados a aquélla, elegidos a través de las organizaciones empresariales de mayor representatividad.

La anterior regulación distinguía tres niveles, dependiendo de la dimensión de la Mutua:

Número de miembros de las Comisiones de Control y Seguimiento	Cuotas de la Seguridad Social
6	< (menos) de 60,1 millones Euros
8	De 60, 1 a 120, 2 millones Euros
10	> (más) de 120, 2 millones Euros

Junto a los integrantes designados por los interlocutores sociales, están también: la PRESIDENCIA y la SECRETARÍA

Preside la CCS la persona quien hace lo propio con la Junta Directiva de la Mutua, bien por designación bien en caso de sustitución conforme prevean los Estatutos de la Mutua. A él se le reconoce una serie de facultades y funciones para dar efectividad al funcionamiento de la CCS y que son las típicas de este cargo, incluyendo el voto de calidad (artículo 5 Orden 02/08/1995). La **Secretaría** corresponderá al Director Gerente o, en su caso, a la persona que designe el Presidente de la Junta Directiva, previo acuerdo de la Comisión. También se prevé que pueda ser sustituido, en caso de ausencia o enfermedad, por quien determinen los Estatutos o acuerde la Junta Directiva

Como criterios de Exclusión, esto es, como prohibiciones de integrar la CCS, se prevén

- no puede integrarla ninguna otra persona que trabaje para la Mutua
- ni las empresas o personas que formen parte de la Junta Directiva (salvo el Presidente)

- ni nadie que sea director, forme parte de la Junta Directiva o sea miembro de las Comisiones de Control y Prestaciones Especiales de otra Mutua.

A 31 de diciembre de 2013 (últimos datos publicados en las Memorias anuales de las Mutuas), la composición era la siguiente

COMISIÓN DE CONTROL Y SEGUIMIENTO	
MUTUA	MIEMBROS
MUTUA NÚM. 1 MC Mutual (Midat Cyclops)	CEOE: 5; UGT: 3; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 2 MUTUALIA	CEOE: 5; UGT: 1; CCOO: 2; ELA: 1; LAB: 1
mutua núm. 3, activa mutua	CEOE: 6; UGT: 3; CCOO: 3
mutua núm. 7, mutua montañesa	CEOE: 5; UGT: 2; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 10, MUTUA UNIVERSAL	CEOE: 5; UGT: 3; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 11, MAZ	CEOE: 5; UGT: 2; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 15, UMIVALE	CEOE: 5; UGT: 2; CCOO: 2; COMFIA: 1
MUTUA NÚM. 21, MUTUA NAVARRA	CEOE: 3; UGT: 2; CCOO: 1
MUTUA NÚM. 39, MUTUA intercomarcal	CEOE: 4; UGT: 2; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 61, fremap	CEOE: 5; UGT: 3; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 72, solimat	CEOE: 3; UGT: 1; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 115, cesma	CEOE: 3; UGT: 1; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 151, asepeyo	CEOE: 5; UGT: 2; CCOO: 3
MUTUA NÚM. 183, MUTUA BALEAR	CEOE: 5; UGT: 2; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 201, MUTUA GALLEGA	CEOE: 4; UGT: 2; CCOO: 1; CIG: 1
MUTUA NÚM. 267, UNIÓN DE MUTUAS	CEOE: 5; UGT: 3; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 272, MAC	CEOE: 4; UGT: 2; CCOO: 2
MUTUA NÚM. 274, IBERMUTUAMUR	CEOE: 4; UGT: 2; CCOO: 3
MUTUA NÚM. 275, FRATERNIDAD-MUPRESPA	CEOE: 4; UGT: 2; CCOO: 3
MUTUA NÚM. 276, EGARSAT	CEOE: 5; UGT: 2; CCOO: 3

3.2.3. Las competencias de la CCS.

Las 9 competencias previstas para la Comisión de Control y Seguimiento de cada Mutua pueden agruparse y resumirse del siguiente modo:

A. FUNCIONES INFORMATIVAS. A su vez son de dos tipos

- Pasivas (los integrantes se limitan a recibir información)

- Conocer los criterios de actuación de la Mutua, bien a través de la información aportada por ésta o solicitada a ella por los miembros
- Conocer previamente la propuesta de Director-Gerente a nombrar.
- Recibir Información de la gestión mutual en las distintas modalidades de colaboración que tiene autorizadas.

- Activas (los integrantes sólo dan información y/u opinión):

- Informar el proyecto de memoria anual, previamente a su remisión a la Junta general.

B. PROPOSITIVAS: FUNCIONES DE SUGERENCIA Y MEJORA PARA LA GESTIÓN

- **Participar** en la elaboración del anteproyecto de presupuestos de la Mutua, que exige, como es natural, que sea puesto a su disposición en tiempo útil
- **Proponer** medidas de mejora de su gestión. Fundamentalmente en materias tales como:
 - en general, respecto del cumplimiento de los fines de la Mutua, en el marco de los objetivos generales de la Seguridad Social.

A este respecto, debe recordarse que entre las principales irregularidades y deficiencias que se encuentran está la denegación de ciertas prestaciones, como las relativas al riesgo biológico en caso de embarazo y lactancia, así como la reconducción de accidentes que tienen un origen profesional a contingencias comunes, con lo que eso

supone de menor protección. La mejora de la gestión mutual es una clave fundamental del nuevo modelo a proponer y para lo que no basta con los códigos de buenas prácticas asumidos por las principales Mutuas de un modo unilateral

- medidas que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la actividad principal de la Mutua, que es la de gestionar las bajas y altas por enfermedad, en especial en orden a la política sobre procesos de alta por IT a su cargo.

Para actuar en este ámbito, que constituye la segunda causa de quejas de los empleados respecto de la gestión de las Mutuas, se prevé 2 instrumentos básicos: recibir información sobre las propuestas de alta realizadas por las Mutuas, en orden a seguir la evolución de los procesos de incapacidad temporal a su cargo, de un lado, y la posibilidad de crear “*Grupos de Trabajo*”, que tendrán también una composición paritaria, de otro. Esta materia es básica, porque está extendida la práctica de “inventar” nuevas vías para aumentar la presión contra los empleados enfermos, auténtico “acoso institucional”, acusados a menudo de “bajas fraudulentas”, e incluso se aumentan los conciertos entre Mutuas y empresas para la gestión de de la IT por enfermedad común, modalidad incentivada por el Ministerio. Debe recordarse que decisiones de este tipo exigen el informe de los representantes, que pueden rechazarla, y que a menudo se “olvida” solicitarlo, lo que debe ser criticado y denunciado tanto a través de estos instrumentos como de la Oficina Virtual creada por la Seguridad Social, en colaboración con Mutuas y Sindicatos.

- medidas que estime necesarias para el mejor cumplimiento de la función preventiva como Servicio de Prevención Ajeno ex artículo 32 LPRL.

A

tal fin, se prevé un derecho a *recibir información* sobre los criterios de actuación de la mutua en este ámbito, y sobre su concreta gestión al respecto. Por lo tanto, sigue actuando como órgano de seguimiento de gestión de la actividad de la Sociedad de Prevención de la Mutua, en términos presupuestarios y de actividad, hasta la creación de un órgano de seguimiento y control propio, que debe ser una consecuencia inexorable de la efectiva separación, cuando se produzca de manera real.

3.2.4. El Régimen de Funcionamiento

Corresponde al Ministerio de Empleo, previo informe del Consejo General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, aprobar las reglas de funcionamiento de la CCS de la Mutua. Así lo hizo a través de la *Orden de 2 de agosto de 1995* (corrección de errores BOE 1995-20774) y la *Resolución de 14 de Noviembre de 1995*, de la Secretaría de Estado de Seguridad Social que la desarrolla. Sorprende que esta normativa no haya sido todavía actualizada, pese a los importantes cambios operados en el régimen de gestión de las Mutuas, habiendo quedado en gran medida obsoletas ciertas previsiones, como la fijación de la indemnización por gastos de asistencia a las reuniones en pesetas –hoy ha de entenderse en euros y actualizada con el IPC-.

Los aspectos básicos a tener en cuenta a este respecto son:

- a) Convocatoria de las Sesiones de la CCS
- b) Orden del Día
- c) Régimen de Adopción de Acuerdos
- d) Actas de las Sesiones
- e) Financiación de su funcionamiento –Presupuesto-

Por lo que hace a la CONVOCATORIA de la CCS hay que saber:

- competencia para promoverla: Corresponde siempre al Presidente. Ahora bien, éste viene obligado a hacerlo en el caso de las sesiones ordinarias previstas -1 cada trimestre- y en el de las extraordinarias que le solicite al menos 1/3 de los miembros de la CCS. Es libre de convocar las que estime oportunas con carácter extraordinario
- Número de sesiones: 4 al año ordinarias y cuantas extraordinarias se estimen necesarias
- Condiciones de Convocatoria: Debe realizarse con la debida antelación (al menos 8 días para las ordinarias y tres para las extraordinarias), con un contenido mínimo que permita saber el contenido de la sesión (orden del Día, fecha, lugar y hora, documentación que se estime necesaria para el buen desarrollo de la sesión) y se hará por los medios más idóneos para garantizar su efectiva recepción por los miembros de la CCS

En relación al ORDEN DE DÍA:

- ¿Quién lo fija?: En principio es competencia del Presidente, tanto en sesiones ordinarias como extraordinarias. Ahora bien, se prevén dos supuestos en los que en su elaboración participan los miembros de la CCS. A saber:
 - Sesiones ordinarias: Incluirá los temas que la CCS haya acordado por mayoría simple en la sesión precedente
 - Temas extraordinarios y urgentes: además del presidente, también pueden incluirse las determinada por 1/3 de los miembros de la CCS

- ¿Cuándo?: es natural que el Orden del Día se fije en el momento de la Convocatoria y se dé a conocer con ella (artículo 8 Orden). Ahora bien, se prevé que las cuestiones de tipo extraordinario y urgente puedan introducirse en el Orden del Día AL INICIO de la sesión, siempre que así lo determine la CCS. No se fija la mayoría necesaria para el acuerdo, por lo que bastará con mayoría simple

En lo que hace al régimen de ADOPCIÓN DE ACUERDOS –artículo 10 Orden-:

- Quórum: Para que sea válida la sesión es necesario que concurran los 2/3 de sus componentes, en primera convocatoria. En segunda convocatoria, no se exige número mínimo, si bien es obvio que al menos deben estar Presidente y Secretario
- Mayoría necesaria para los acuerdos: la regla general es que son válidos los acuerdos que reúnen la mayoría simple de los miembros presentes –al menos un voto más a favor que en contra-. El voto será individual y secreto, salvo que exista “manifiesta unanimidad” entre los miembros de la CCS. De existir dudas de legalidad sobre el acuerdo debe ser advertido por el Secretario, con el apoyo técnico que precise, antes de votarse, constando en el Acta tal advertencia de eventual ilegalidad
- Forma: los acuerdos deben ser por escrito, pues deben recogerse en el ACTA a redactar en cada sesión

En lo que concierne a las ACTAS DE CADA SESIÓN, conviene saber:

- Serán redactadas y firmadas por el Secretario, con el visto bueno del Presidente
- Se aprueba en la siguiente sesión de tipo ordinario, acompañando el documento a la convocatoria
- Debe recoger el orden del día, los puntos básicos de las deliberaciones, el contenido de los acuerdos adoptados, incluyendo los eventuales votos particulares y las abstenciones que deseen que así conste en ella.

Para el buen desarrollo de la Comisión es necesario que todos los integrantes de la CCS hagan efectivas sus facultades y respeten sus deberes. Así, la normativa fija tanto las del Presidente - representación formal de la CCS en las relaciones externas, convocatoria de las sesiones y fijación del Orden del Día, presidir las sesiones y moderar su desarrollo, ejercer su derecho a voto, que incluye decidir la votación en caso de empate –voto de calidad-...-, y del Secretario -asistir a las sesiones con voz, pero sin derecho de voto, Recibir los actos de comunicación de los miembros de la CCS, Redactar y firmar las Actas de cada Sesión, Velar por la legalidad de la sesión, como fedatario que es, incluso con advertencia de eventuales ilegalidades de los acuerdos a adoptar-.

Reparamos en la de los integrantes de la CCS, que tienen como facultades y deberes los de:

- Participar en los debates y hacer propuestas.
- Ejercer el derecho de voto, con derecho de hacer constar en acta la abstención y el voto reservado.
- Formular ruegos y preguntas.
- Acceder a la información necesaria para cumplir las funciones que tiene asignadas, siempre por escrito al Secretario, indicando documentos que se precisa.
- Obligación de guardar sigilo y confidencialidad.

Finalmente, por lo que hace al SOSTENIMIENTO de las CCS hay que tener en cuenta:

- la obligación de establecer “*servicios de apoyo*” a la misma –artículo 7-. Es deber de la Gerencia o Unidad Equivalente de cada mutua informa y asistir a la CCS
- la obligación de fijar una *dotación presupuestaria* para gastos de funcionamiento de las CCS, que garanticen su autonomía. Esta dotación será a cargo de los gastos de administración, en la forma autorizada por el Ministerio

En relación a la cuantía de las indemnizaciones por compensación de gastos derivados de la asistencia a las reuniones, debe saberse que el importe concreto será el fijado en cada Mutua por la Junta Directiva, siempre dentro de los límites máximos fijados por el Ministerio atendiendo a la dimensión de la CCS (con 10 miembros: 351,80 Euros; con 8 miembros: 281,45 Euros; con 6 miembros: 211,62 Euros). Tiene carácter actualizable según el IPC anual, salvo que disponga lo contrario la Secretaría General de Seguridad Social. Las Juntas Directivas podrán proponer aumentos mayores en los casos en que las cuantías estén por debajo del límite máximo. En todo caso se requiere la autorización de la Secretaría General.

Por lo que hace a los destinatario de los pagos: los beneficiarios de las indemnizaciones por asistencia son las organizaciones electoras, no los miembros elegidos, salvo el Presidente, en todo caso, y cuando aquellas organizaciones decidan que se efectúe directamente el pago a los miembros de la CCS. De ahí que, al menos hasta 2010, se haya imputado estos gastos a una partida del Presupuesto de la Seguridad Social incluida en el concepto “480: Ayudas genéricas a familias e instituciones sin ánimo de lucro”, subconcepto “2. A organizaciones sindicales y empresariales en compensación a su participación en CCS” de las Mutuas. Sin embargo, se distingue ahora:

- *Subconcepto 0: A organizaciones sindicales y empresariales en compensación por la participación en consejos generales y comisiones ejecutivas de entidades gestoras.*
- *Subconcepto 1: “A miembros de las comisiones de control y seguimiento y de prestaciones especiales” de las MATEPSS”*

3.2.5. Valoración de su eficacia: balance y perspectivas de futuro.

No cabe duda de que es un órgano consolidado, como se ha dicho, y que cumple una función relevante como instrumento de control y de influencia en la gestión mutual. Entre las claves de la experiencia de estos órganos a lo largo del tiempo destaca:

- Su carácter paritario genera un planteamiento de cierto equilibrio sobre los temas tratados, lo que permite una interlocución más fluida y creíble
- Su actividad se viene centrando en algunos temas especialmente recurrentes, como son las quejas asistenciales y las múltiples incidencias de gestión mutual; siniestralidad, actividad preventiva de la Seguridad Social, actividad de la Sociedad de Prevención y otros temas asistenciales.
- Su funcionamiento está bastante formalizado: por ejemplo, en la 2ª reunión del año, previa a la celebración de la Junta General, suele presentarse la Memoria y el Anteproyecto de Presupuestos, y se informa de la Auditoría de la Intervención
- Hay cierta práctica de solicitar informes o estudios sobre temas específicos

Sin embargo, no pueden desconocerse sus limitaciones, tanto para cumplir las funciones que tienen encomendadas por la normativa actual cuanto para ser un órgano de gestión mutual verdaderamente paritaria. Así:

- al ser única por Mutua tiene importantes lagunas o deficiencias territoriales como canal de comunicación, al verse poco accesibles, de ahí la necesidad de otros espacios de interlocución –Oficinas Virtuales, canales sindicales, delegados de prevención...-. De ahí el esfuerzo sindical por articular adecuados espacios para canalizar esos básicos flujos informativos
- Es un órgano típico de participación institucional, por tanto no realmente de cogestión, como debería orientarse una entidad –incluso “empresa”- de “economía social”, que gestiona recursos públicos y, por tanto, se integra de lleno en el sector público
- No suele contar con los “servicios de apoyo” necesarios, pese a la previsión normativa, en el seno de la Mutua para poder analizar con detenimiento la información más técnica y diseñar acciones críticas y, al tiempo, correctoras

3.3. La Comisión de Prestaciones Especiales –CPE-

3.3.1. Naturaleza del órgano

Conforme al artículo 32.4 Reglamento, la participación de los trabajadores protegidos por la Mutua en la dispensa de las prestaciones y beneficios de asistencia social que otorgue la misma se realizará a través de la Comisión de prestaciones especiales. Se trata realmente de un instrumento de participación en sentido fuerte, pues responde al modelo de cogestión, en la medida en que los representantes de los trabajadores codeciden, junto con los propios de los empresarios, la atribución de tales beneficios sociales.

El catálogo es amplio, tanto de prestaciones asistenciales económicas –ayudas o rentas- como en especie –servicios- (ayudas económicas para la adaptación de viviendas y eliminación de barreras arquitectónicas, así como para la adaptación de vehículos; movilidad personal –sillas de ruedas, andadores...-; readaptación profesional, mediante ayudas para la formación ocupacional que permita un más fácil y rápido reingreso o retorno al mercado, o para adquirir materiales formativos; ayudas psicológicas...).

	IMPORTE EJECUTADO 2013
ASEPEYO	10.006.610,93
FREMAP	7.475.000,00
MUTUA UNIVERSAL MUGENAT	1.473.623,51
MUTUAL MIDAT CYCLOPS	835.021,73
IBERMUTUAMUR	528.846,00
FRATERNIDAD-MUPRESPA	434.864,20
MUTUALIA	399.632,75
ACTIVA MUTUA 2008	337.121,68
MAZ	266.251,80
UMIVALE	265.565,10
EGARSAT	118.572,26
MUTUA BALEAR	68.595,21
MUTUA GALLEGA	60.000,00
UNIÓN DE MUTUAS	59.997,29
MUTUA INTERCOMARCAL	45.520,82
MUTUA DE CEUTA-SMAT	11.896,18
MUTUA NAVARRA	9.942,82
M.A. DE CANARIAS	8.517,57
SOLIMAT	5.418,40
MUTUA MONTAÑESA	3.608,75

COMPETENCIAS

El artículo 71.6 LGSS (redactado por Ley 35/2014), señala que será competente para la concesión de los beneficios derivados de la Reserva de asistencia social que tenga establecidos la Mutua a favor de los trabajadores protegidos o adheridos y sus derechohabientes que hayan sufrido un AT/EP y se encuentren en especial estado o situación de necesidad.

Por lo tanto, tendrá a su cargo la concesión de los beneficios de la asistencia social que hayan de ser satisfechos por la Mutua *con cargo a los recursos previstos en el artículo 66.2 de este Reglamento*. Según este precepto, un 10 % de los “excedentes” que resulte de la gestión –conforme a la normativa anterior a la reforma de la LPGE/2011-, una vez cubiertas la provisión y las reservas obligatorias previstas en el Reglamento, de la Mutua se destinará a “asistencia social en favor de los trabajadores protegidos por la Mutua o sus derechohabientes”, conforme a lo previsto en el Reglamento de Colaboración (vid. UD 8).

La asistencia social consistirá en la concesión de los servicios y auxilios económicos que, en atención a estados y situaciones de necesidad, se consideren precisos. Las prestaciones de asistencia social, *de carácter potestativo*, e independientes de las prestaciones de la Seguridad Social, pueden concederse a los trabajadores al servicio de los empresarios asociados y a sus derechohabientes, también a trabajadores autónomos cubiertos por la Mutua, que, habiendo sufrido un accidente de trabajo o estando afectados por enfermedades profesionales, se encuentren en dichos estados o situaciones de necesidad. En consecuencia, su concesión depende básicamente de tres factores:

- la disponibilidad de recursos a tal fin
- acreditación de la situación de necesidad –prueba de necesidad-
- que la necesidad se vincule a un accidente o enfermedad derivados del trabajo

Puede también ser un canal de interlocución para trasladar quejas y propuestas en relación al régimen de concesiones de las prestaciones de asistencia social mutual. Para ello es útil una mayor conexión entre trabajadores protegidos y los representantes sindicales.

3.3.2. Composición: remisión a los Estatutos de la Mutua

El artículo 71.6 LGSS (redactado por Ley 35/2014), indica que esta Comisión estará integrada por el número de miembros que se establezca reglamentariamente, los cuales estarán distribuidos, por partes iguales, entre los representantes de los trabajadores de las empresas asociadas y los representantes de empresarios asociados, siendo estos últimos designados por la Junta Directiva; asimismo tendrán representación los trabajadores adheridos. El Presidente será designado por la Comisión entre sus miembros.

A espera del desarrollo reglamentario, habrá que estar a lo establecido en los Estatutos, que deberá respetar este criterio de distribución paritaria:

- 50% para los representantes de los trabajadores empleados por las empresas asociadas. Se tratará de trabajadores de éstas designados por las organizaciones sindicales mas representativas en el territorio en que radican las empresas asociadas, en términos proporcionales a los resultados obtenidos por aquéllas en dichas provincias
- 50% a representantes de los empresarios asociados, designados por la Junta directiva.

Por lo que hace a la Presidencia: el Presidente será elegido por la propia Comisión de entre sus miembros. Con lo que sí podrá ser una representación sindical, a diferencia de lo que sucede en la CCS.

Como criterios de Exclusión: No podrán formar parte de la CPE las empresas o personas que formen parte de la Junta Directiva, de la Comisión de Control y Seguimiento o de la Comisión de Prestaciones Especiales ni desempeñen la dirección ejecutiva de otra Mutua

A 31 de diciembre de 2013 (últimos datos publicados en las Memorias anuales de las Mutuas), la composición era la siguiente

COMISIÓN DE PRESTACIONES ESPECIALES	
MUTUA	MIEMBROS
MUTUA NÚM. 1 MC Mutual (Midat Cyclops)	Empresarios: 4; representación obrera: 3 (2 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 2 MUTUALIA	Empresarios: 5; representación obrera: 5 (1 UGT; 1 CCOO; 2 ELA; 1 LAB)
mutua núm. 3, activa mutua	Empresarios: 2; representación obrera: 2 (1 UGT; 1 CCOO)
mutua núm. 7, mutua montañesa	Empresarios: 2; representación obrera: 3 (1 UGT; 2 CCOO)
MUTUA NÚM. 10, MUTUA UNIVERSAL	Empresarios: 3; representación obrera: 3 (2 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 11, MAZ	Empresarios: 2; representación obrera: 3 (2 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 15, UMIVALE	Empresarios: 4; representación obrera: 4 (2 UGT; 2 CCOO)
MUTUA NÚM. 21, MUTUA NAVARRA	Empresarios: 2; representación obrera: 2 (1 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 39, MUTUA intercomarcal	Empresarios: 3; representación obrera: 3 (1 UGT; 2 CCOO)
MUTUA NÚM. 61, fremap	Empresarios: 5; representación obrera: 5 (3 UGT; 2 CCOO)
MUTUA NÚM. 72, solimat	Empresarios: 2; representación obrera: 2 (1 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 115, cesma	Empresarios: 2; representación obrera: 3 (1 UGT; 2 CCOO)
MUTUA NÚM. 151, asepeyo	Empresarios: 4; representación obrera: 4 (2 UGT; 2 CCOO)
MUTUA NÚM. 183, MUTUA BALEAR	Empresarios: 2; representación obrera: 2 (1 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 201, MUTUA GALLEGA	Empresarios: 3; representación obrera: 2 (1 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 267, UNIÓN DE MUTUAS	Empresarios: 2; representación obrera: 2 (1 UGT; 1 CCOO)
MUTUA NÚM. 272, MAC	Empresarios: 4; representación obrera: 4 (2 UGT; 2 CCOO)
MUTUA NÚM. 274, IBERMUTUAMUR	Empresarios: 5; representación obrera: 7 (4 UGT; 3 CCOO)
MUTUA NÚM. 275, FRATERNIDAD-MUPRESA	Empresarios: 7; representación obrera: 8 (4 UGT; 4 CCOO)
MUTUA NÚM. 276, EGARSAT	Empresarios: 2; representación obrera: 2

3.3.3. Reglas de Funcionamiento: los fija también el Estatuto de la Mutua

La Comisión de prestaciones especiales se reunirá para resolver sin demora los asuntos de su competencia, con la periodicidad que se indique en los Estatutos de la Mutua, que es la norma reguladora de estas Comisiones, a diferencia de lo que sucede con las CCS. El régimen de reuniones y acuerdos es homólogo, por lo general, al de la Junta Directiva, conforme prevén los Estatutos. Por lo general, se prevé una convocatoria ordinaria de una vez al trimestre si existiera pendiente alguna petición y no se hubiese agotado el presupuesto disponible

Las prestaciones se pueden solicitar por el propio trabajador/a, directamente o a través de la empresa, por sus familiares beneficiarios, o por representantes de los trabajadores/as de la empresa, mediante impresos a disposición de los beneficiarios en los centros administrativos o en los asistenciales de las Mutuas. Los plazos se fijarán por las Mutuas. Una vez recibida por la Mutua la solicitud firmada por el beneficiario, la CPE la estudia, la valora y procede a emitir una resolución concediendo en su totalidad o en parte la ayuda solicitada. La CPE tomar el acuerdo definitivo y se comunica formalmente y por escrito a los beneficiarios, dando cuenta de los mismos a la Junta Directiva de forma previa. Las decisiones de la CPE no son recurribles

Naturalmente también el coste de funcionamiento de esta Comisión exige una dotación presupuestaria.

Las indemnizaciones por gastos de asistencia tendrán computan a efectos del límite anual para gastos de gestión por contingencias profesionales (artículo 4 Orden TIN/246/2010). A tal fin, la Junta Directiva decidirá el montante concreto dentro de los límites máximos previstos y que será actualizable anualmente al comienzo de cada ejercicio económico, como máximo, en el IPC del ejercicio anterior. Los límites máximos –inferiores a los de la Junta- son:

Cuantías máximas para las indemnizaciones por asistencia a reuniones CPE

Cuotas por contingencias profesionales	Importe máximo por persona y reunión
Mutuas con cuotas inferiores a 150.000.000 E	400 Euros
Mutuas con cuotas entre 150 y 650 millones E	535 Euros
Mutuas con cuotas superiores a 650 millones	665 Euros

3.3.4. Valoración de su utilidad práctica: balance y perspectivas de futuro

No cabe duda que esta Comisión es de gran relevancia cualitativa, aunque pueda tener una menor dimensión globalmente considerada en el ámbito de los recursos y prestaciones que gestiona la Mutua. Para quienes precisan, más en tiempos de crisis, asistencia social, que no le llega por la vía reglamentaria, esta actuación es determinante, si bien a menudo no se conoce ni su existencia. Aunque la continuidad de este instrumento de cogestión en sentido estricto podía entenderse amenazada en cierto modo, al desaparecer el Fondo de Asistencia Social, conforme a la LPGE para el 2011. En efecto, entre las reformas de esta Ley está la eliminación del Fondo de Asistencia Social de Accidentes de Trabajo, que gestiona la referida Comisión. Ello no significa que desaparezca la asistencia social mutual, pero sí que se reduce su cuantía.

En este sentido, el artículo 73.5 LGSS ordena que:

“... las ayudas de asistencia social a favor de los trabajadores protegidos por las mutuas o sus derechohabientes se prestarán con cargo a los créditos presupuestarios de cada ejercicio, cuya dotación estará en función del resultado económico positivo por contingencias profesionales registrado en el último ejercicio económico liquidado”

Por lo tanto, desaparece el porcentaje mínimo a dedicar de los resultados positivos anual de la mutua para quedar en una mayor indeterminación. Este cambio plantea una cuestión interesante, en la medida en que ahora queda abierta la cuestión de la cuantía del Fondo Anual Asistencial Mutual. ¿La cuantía destinada es decidida sólo por los órganos de gobierno?

4. LA REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN ESTRUCTURAS COMPLEJAS: OTRA ASIGNATURA PENDIENTE

Como es bien conocido, el ordenamiento español apenas conoce la regulación de las estructuras organizativas complejas, de ahí que el sistema de representación de los trabajadores se base en el “principio de proximidad” - territorial y funcional-: la estructura representativa debe fijarse en el nivel organizativo más inmediato al trabajador –centro de trabajo-. En cambio, en el mundo económico actual, cada vez más globalizado y competitivo, las empresas asumen las más sofisticadas formas de organización, creando estructuras complejas a partir de agrupar y/o coordinar diferentes unidades, dando lugar a mayores grupos y/o redes organizativas. Para estas nuevas formas de organización apenas se prevén estructuras representativas adecuadas.

Lamentablemente, ese modelo desfasado de representación laboral es el que se sigue en gran medida manteniendo en nuestros días para el sistema de mutuas, justamente cuando éstas tienden a organizarse conforme a esos nuevos modelos económico-empresariales. Es el caso de las “Corporaciones Mutuales” organizadas jurídicamente bajo la forma de “mancomunidad mutual”, que estudiamos en la UD 5, y que da lugar a una *organización corporativa mutual en forma de red*. Para tratar de corregir estas deficiencias, UGT hizo diferentes alegaciones en el proceso de tramitación de la reforma introducida mediante el RD 38/2010, orientadas a introducir garantías de representación en este nuevo ámbito organizativo mutual. La normativa final sólo de un modo parcial ha recogido estos planteamientos.

Desde esta perspectiva, al menos tres son los aspectos básicos a considerar. A saber:

- En primer lugar, hay que poner de relieve que no se crea ningún órgano específico de participación institucional de trabajadores y empresarios que corresponda de modo simétrico a la estructura compleja del nivel mancomunado de gestión mutual. A lo más que se ha llegado, tras la crítica sindical al proyecto de RD 38/2010, que de nuevo relegaba al “olvido” estas estructuras de participación, es a reconocer a la CCS de cada Mutua partícipe la competencia de llevar a cabo el control de la gestión que se haga desde ese nivel organizativo mayor–artículo 104.3 RD 1993/1995-

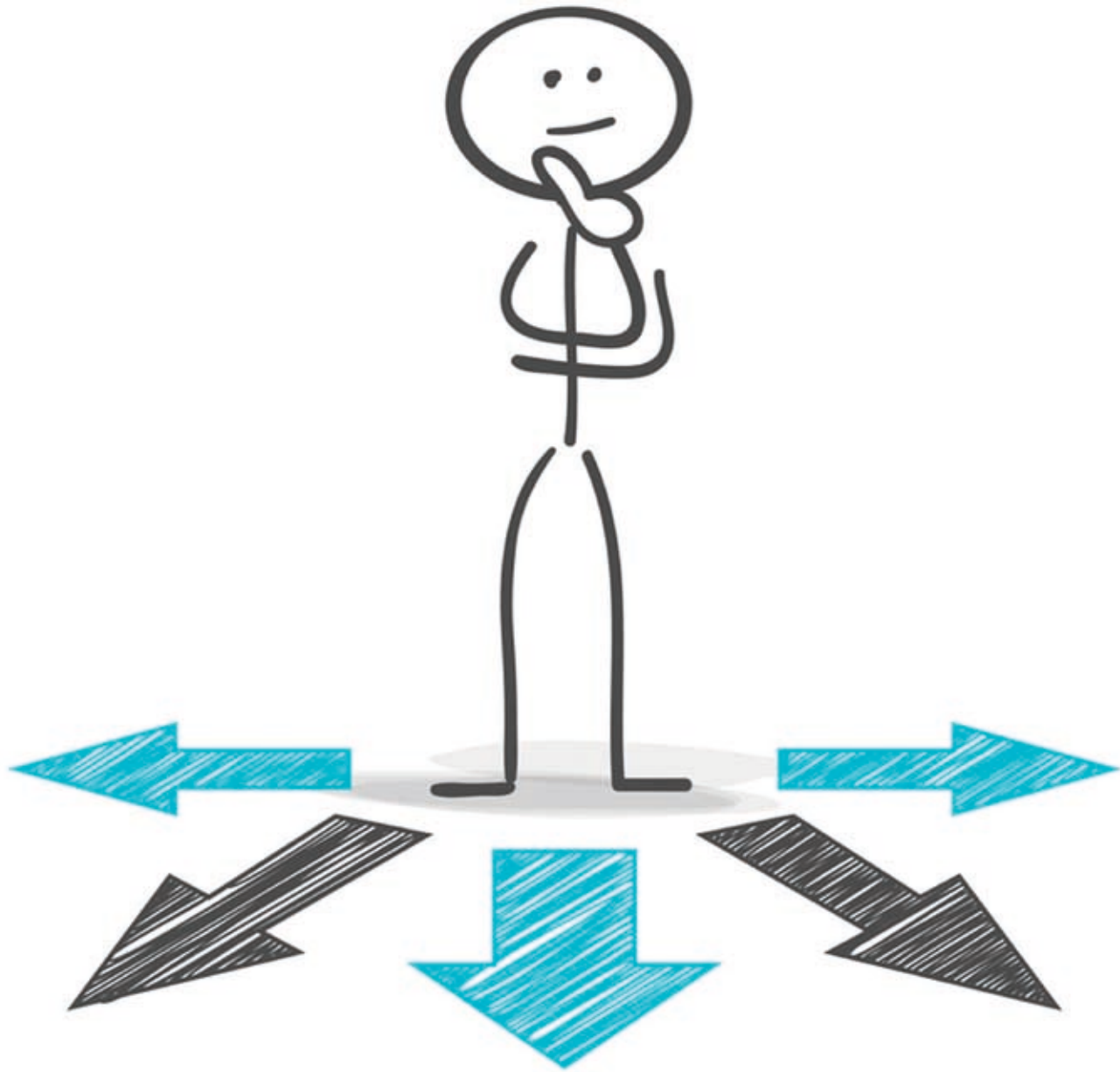
- En segundo lugar, y esta vez sí recogiendo la aportación de UGT, se prevé que haya un representante de los trabajadores al servicio de las mutuas integrantes de la entidad mancomunada en la Junta de Gobierno de ésta. Se elegirá “por y entre” los representantes de los trabajadores en la Junta General de cada Muta partícipe –artículo 105.1 en relación al artículo 33.2 Reglamento-.
- En tercer lugar, también ha tenido una respuesta diluida o aguada –debilitada en todo caso- la exigencia sindical de articular un instrumento efectivo de participación en las decisiones de reorganización mutual orientadas a constituir Corporaciones de este tipo cuando afecte a las relaciones de trabajo en el seno de las Mutuas que las integran. Conforme a la previsión del artículo 96 –efectos en las relaciones laborales de las Mutuas partícipes-, cuando la creación de agrupaciones mutuales afecte a los trabajadores, la adopción de estas medidas “requerirá el acuerdo con la representación de los trabajadores o, en su defecto, la acreditación de las negociaciones efectuadas en orden a la obtención de dicho acuerdo”.

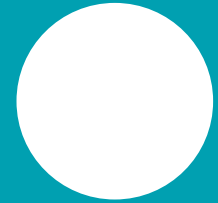
Como puede verse, estamos ante esa vieja idea de que “quien hace la ley hace la trampa”. Porque, pues porque mientras el enfoque sindical era el de exigir el acuerdo de la representación sindical a las eventuales medidas de afectación sociolaboral en este ámbito, de modo que su participación fuera efectiva, la normativa finalmente aprobada tan sólo exige la apertura del debido proceso de negociación, pero sin garantías de que se pueda llegar a un acuerdo. Con lo que se abre una vía para eludir la acción representativa de los trabajadores, en cierto modo dando por supuesto que estas estructuras no tienen que afectar necesariamente a las relaciones de trabajo en el ámbito de cada Mutua, lo que evidentemente es muy discutible.

En todo caso, debe recordarse la posibilidad de constituir bien a través de la negociación colectiva bien a través de los estatutos sindicales, estructuras adecuadas a estos nuevos ámbitos de organización y dirección mutual más complejos. Una capacidad innovadora que, como se dijo, ya se ha producido en el ámbito de algunas sociedades de prevención en el citado proceso de segregación, como vimos en la UD 10.

5. REFLEXIÓN FINAL: HACIA UN MODELO NUEVO DE PARTICIPACIÓN MUTUAL

Como reflexión final, conviene insistir en la irrenunciabilidad de objetivo sindical de avanzar más allá de esta experiencia de participación institucional para recaer en un modelo en el que se reconozca una auténtica participación de gobierno mutual, esto es, un modelo de cogestión, en el que sindicatos y organizaciones empresariales puedan influir más decisivamente en los modos y en las prácticas de gestión. El manejo de recursos públicos exige, conforme al principio de participación democrática, crear estructuras de gestión que, garantizando la eficacia y la eficiencia, aseguren una mayor implicación de quienes no sólo son destinatarios de esos recursos sino también actores de su destino.





El horizonte de las Mutuas:
Qué modelo de Futuro
(bastantes menos,
pero mejores ¿y distintas?)

12

ÍNDICE

A. Contenido

B. Conceptos básicos a retener

A. CONTENIDO

ÍNDICE

1. Introducción

2. Desnaturalización de los “principios constitutivos” de las Mutuas: Entre la “eficiencia empresarial” y la transparencia pública de su gestión.

3. Menos Mutuas: Reestructuración del sector mediante “fusiones frías”: Las Corporaciones- Mancomunidades Mutuales

4. “Mejores y distintas”: Opciones estratégicas para su configuración en el futuro más próximo.

5. Reflexión final.

1. INTRODUCCIÓN

En el Prólogo de este “Manual” recordábamos, y a lo largo de las diferentes Unidades Didácticas hemos ido comprobando, cómo las Mutuas son instituciones con gran capacidad de adaptación, dotadas de una cualidad “camaleónica”, pues han ido respondiendo a los diversos avatares políticos, sociales, económicos y jurídicos que le han venido afectando, cada vez con mayor frecuencia, a lo largo de su más que centenaria existencia. Sus funciones se han venido enriqueciendo progresivamente, concurriendo en ello tanto el interés administrativo por buscar fórmulas más flexibles de gestión del servicio público como el interés privado de estas entidades por ganar terreno a esa gestión pública, evidenciando una notable ambición de protagonismo. Si en un primer momento fue el tránsito desde la gestión del aseguramiento de las “contingencias profesionales” hacia la (colaboración en la) gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes, luego encontraremos la asunción de un marcado protagonismo, casi de una posición dominante, en un mercado incipiente en 1995, el “mercado de servicios de prevención de riesgos laborales”. Aunque en este ámbito preventivo parece experimentarse un cierto proceso inverso, de regresión, aunque parcial y en todo caso contradictoria o ambigua.

UGT viene manteniendo desde hace años la necesidad de reformar en profundidad el modelo mutual español. Las graves denuncias de irregularidades de diverso tipo, que tuvieron como caso más grave lo sucedido en la Mutua Universal, pero que no se agota en ella –se volvió a ver con los problemas de la Mutua Canaria-, pone de manifiesto lo urgente de hacerlo, y de manera coherente. El Ministerio parece seguir una “política de consolidación” del sistema mutual, que lo considera sustancial y globalmente correcto por ser eficiente, sin perjuicio de entender necesarias reformas continuas y parciales que presuponen intensificar el sistema de control público sobre su gestión e incrementar la transparencia, entre otros medios, mediante la ampliación de las funciones de las Comisiones de Control y Seguimiento –CCS-. Pero esta “política de consolidación” mutual, de conservación dinámica, no inmovilista por tanto, del modelo dirían otros, no es compartida en absoluto por los sindicatos. Las reformas, que sin duda son muy necesarias ante la obsolescencia evidente de su regulación y el confusionismo que se ha derivado de tantas y tan incesantes cambios, no serían ni suficientes, por su carácter parcial, ni adecuadas, por no ser coherentes y no dirigirse a una renovación sustancial.

Precisamente, la Disposición Adicional 14ª de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, de actualización, adecuación y modernización de la Seguridad Social, fijó un mandado de reforma global. Pero su desarrollo no ha sido el esperado. Ni lo fue la reforma del Reglamento –RD 1993/1995-, a través del RD 1622/2011; ni lo ha sido la reforma de la LGSS operada por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre.

Para comprender más fácilmente las líneas de reforma toca ahora hacer un breve balance de la situación actual, una vez que hemos visto el proceso evolutivo y conocidas las principales claves de funcionamiento de las Mutuas a lo largo de las Unidades precedentes, y, sobre todo, evidenciar algunas de las líneas de cambio, a fin de tener una idea más clara de por dónde puede caminar, ya lo está haciendo de hecho, el porvenir del sector. Para ello vamos a estudiar las siguientes cuestiones en esta Unidad:

1. Caracteres del proceso de “desnaturalización” o desfiguración de la naturaleza de las Mutuas y de sus principios constitutivos como “asociación empresarial”, siempre en la dirección de ampliar sus funciones, y sin perjuicio del cada vez mayor control público, aunque ejercido de forma laxa o tolerante
2. La excesiva unilateralidad y opacidad que ha ido asumiendo el cambio normativo pues ha sido tan incesante como falto de reflexión, tanto parlamentaria como social, al hurtarse el debate en el Parlamento y en el Diálogo Social. De ahí el favor por las reformas reglamentarias sin el debido consenso

3. El proceso de reestructuración organizativa del sector, en la dirección de dejar en número muy reducido de Mutuas, siguiendo procesos de fusiones “calientes” y “frías” al más puro estilo del sector de las Cajas de Ahorro en nuestros días, con lo que, desde esta perspectiva, retomarían una vieja conexión
4. La dialéctica entre las principales opciones estratégicas existentes para delimitar el modelo de gobierno y gestión de las Mutuas. Básicamente las siguientes:
 - a) Privatización/Publicación
 - b) Colaboración/Gestión
 - c) Reparación/Prevención
 - d) Eficiencia de gestión/ Eficacia prestacional
 - e) Autonomía de gobierno/Democratización (gestión paritaria)

2. DESNATURALIZACIÓN DE LOS “PRINCIPIOS CONSTITUTIVOS” DE LAS MUTUAS: ENTRE LA “EFICIENCIA EMPRESARIAL” Y TRANSPARENCIA PÚBLICA

La historia de las Mutuas puede resumirse como la historia del desbordamiento de todos y cada uno de sus principios originarios de constitución y funcionamiento, pese a lo cual siguen, de modo sorprendente, manteniendo una configuración análoga a la que tuvieron en su origen, si bien hoy es evidente que tal imagen es sólo apariencia. En este sentido, la “desnaturalización” –perfeccionamiento para unos, degradación para otros- de tales principios se concreta en:

- la quiebra del “principio de especialidad”. La integración de las Mutuas en el sistema público de protección no tenía por qué suponer la pérdida de su originaria especialización de las Mutuas en la gestión de contingencias profesionales. Incluso se podría dudar acerca de la conveniencia de apartar a las Mutuas de esta función profesional. Pero fue modificada, pensando en trasladar su “gestión eficiente”
- menos costosa- a otro territorio, aún a riesgo de modificar el sistema tradicional de colaboración.

En suma, frente al viejo “principio de especialización” hoy se afirma un opuesto “*principio de polivalencia*”, por cuanto no sólo son entidades colaboradoras en la gestión de la protección reparadora frente a los accidentes y enfermedades del trabajo, sino que igualmente colaboran con el empresario y con los poderes públicos en la política de prevención de riesgos. Hasta el punto que, si bien ahora bajo formas de gestión indirecta –la participación en

SMP-, están en condiciones de abarcar todas las *actividades de protección integral de los trabajadores frente a los riesgos profesionales*. En este sentido, queda clara la idea del legislador en el artículo 68.2 LGSS: las Mutuas están a disposición del Sistema, de modo que en cualquier momento se les puede atribuir cualesquiera otras prestaciones, servicios y actividades, sin que sea posible, a día de hoy, presagiar en qué pueda desembocar la trayectoria legislativa de potenciación mutual.

- La quiebra del “*principio de territorialidad*”. Desde sus orígenes, las Mutuas han venido manteniendo una estrecha conexión con un determinado entorno. De ahí que inicialmente sólo pudieran actuar provincialmente. La liberalización del ámbito territorial de actuación no sólo les permite tener un ámbito nacional, sino que incluso podrían asumir funciones de carácter internacional. Esta desconexión de la Mutua con su territorio de origen será mayor si se tiene en cuenta también las nuevas formas de organización compleja, ya estudiadas en la UD 5. No obstante, las tensiones territoriales siguen.
- La *ruptura del principio de reserva de laboralidad del aseguramiento*. La inicial prohibición de aseguramiento para los empleados públicos desaparecerá, quedando incluidos éstos y también los trabajadores autónomos no empleadores.
- El *principio de voluntariedad*. Desde su nacimiento, las Mutuas han funcionado como una fórmula alternativa de actuación, y nunca como una imposición: ni sus funciones han sido en exclusiva, ni los socios están obligados a quedarse en la elegida en un momento dado –derecho de opción y carácter temporal del convenio de asociación-. Pues bien, esta también conoce quiebras, si bien es verdad que, de momento, se trata más de grietas que de socavones –la obligación, desde 1998 y reforzada desde 2009, de los autónomos de asociarse a una Mutua para acceder a la protección; no cabe opción aseguradora para la cobertura del riesgo durante el embarazo y lactancia, consolidación de posiciones de dominio en determinados mercados, como el preventivo-

Este dato, que en principio puede ser de menor relevancia que los demás evidenciados, no deja de ser interesante. Y ello porque este reforzamiento de su presencia en el Sistema revela la propia desconfianza gubernamental en sus entidades gestoras, por entenderlas que, en cualquier caso, serán menos eficientes. También en el mismo “mercado preventivo” creado por la LPRL para, en teoría, atender con satisfacción las obligaciones empresariales y los derechos de los trabajadores a tal fin.

Y, en todo caso, la evolución evidencia que no hay tal alternativa, en la medida en que tienen cubierta la práctica totalidad de empresas y trabajadores para las contingencias profesionales – más del 98%- y ya casi las 4/5 de las comunes – en torno al 82%-.

El principio, en cambio, en absoluto cede porque se someta a ciertas restricciones legales, como la unidad de empresa a escala provincial (artículo 70.2 LGSS) o la necesaria aceptación de toda solicitud empresarial. Como tampoco es incompatible con la necesidad de contar, de modo previo a la decisión, con la opinión de los representantes de los trabajadores –artículo 61.3 RD 1993/1995-. Si bien, aquí debería producirse un cambio significativo, como se ha dicho, a fin de exigir el carácter negociado de esta decisión, de modo que se requiera la conformidad por parte de los representantes de los trabajadores. No son los empresarios, como a menudo se lee y oye, sino los trabajadores lo que resultan asegurados, de ahí la centralidad de su opinión, pues en la decisión hay en juego cuestiones de mucha trascendencia y dimensión personal (asistencia sanitaria, datos médicos, seguimiento personal de incapacidades, niveles de seguridad y salud en el trabajo por su implicación significativa en la prevención, de un modo u otro...).

Los sindicatos interesan, con razón, que su opinión sea decisoria, para lo que requieren un cambio legal que otorgue fuera vinculante a su decisión, conjuntamente con el empleador. A ello se oponen los empresarios, escudados tanto en que a ellos incumbe en exclusiva el pago de las cotizaciones o cuotas por contingencias profesionales -lo que es muy discutible porque, en todo, caso se trata de recursos públicos, no ya de “primas de seguro”, como antaño, y porque también gestionan cuotas obreras en relación a la incapacidad temporal por contingencias comunes- cuanto a la atribución a ellos de responsabilidad mancomunada. En todo caso, es más que evidente que el aumento del papel de las Mutuas debía suponer el incremento del papel de los sindicatos. Por eso, el principio de voluntariedad del socio, debería también ser modulado por el “principio democrático” de gestión, cuyo contenido debe ser algo más que una fórmula hermosa o metafórica, para luego concretarse solamente a día de hoy en la existencia de unos órganos electivos. Y es que ¿tiene sentido reclamar una presencia diversa a la existente en el caso de la entidad gestora y con el mismo alcance para los temas relacionados con contingencias profesionales y con las comunes?

Tampoco cede, entendemos, porque se les someta a una fuerte tutela administrativa. Queda claro que eso no la hace participar de la naturaleza de la Administración Pública, como a veces se lee en ciertos pronunciamientos judiciales, como prueba el que se insista en que no es posible que se beneficien de las prerrogativas inherentes a

aquella. A este respecto, habría que huir tanto de regímenes de tutela “asfixiantes”, como sería el exigir que cada actuación mutual estuviese autorizada, como “laxos”, que dejan para ellas un elevado nivel de tolerancia. En el primer caso, el régimen “férreo” de tutela, haría de la Mutua un sujeto innecesario, porque se convertiría en mero ejecutor de las decisiones administrativas. Con lo que estaríamos ante un supuesto, uno más, de interposición ficticia.

En el caso inverso, el de dejar inactivas buena parte de las facultades de fiscalización estaríamos, como sucediera en varios casos en la práctica reciente, en una dejación de funciones públicas que no puede traer sino como consecuencia irregularidades e incumplimientos. Así sucedió en relación a la actividad preventiva, según estudiamos en la UD 10.

En suma, a menudo el lenguaje enmascara la realidad jurídica y también, y sobre todo, la real: las Mutuas también gestionan una parcela significativa de la Seguridad Social, aunque lo hagan bajo condiciones específicas, tanto en relación a entidades privadas como públicas, por el régimen de tutela y de intervención –régimen de fiscalización-especial que tienen. La Ley 193/1963, de Bases de la Seguridad Social no lo escondió y refiere abiertamente a las Mutuas como una especie del género gestión de la Seguridad Social. Funcionalmente, pues, no así estructuralmente, tienen esa dimensión gestora, sin que pueda suponer identidad con ellas, ni orgánica ni patrimonial, ni tampoco en orden a las facultades de control. En este sentido, no sólo crece en cantidad y calidad de contingencias cubiertas, sino en el número de trabajadores protegidos-.

El proceso ha tenido una condición, como se decía: la ampliación de funciones les ha obligado a someterse a una mayor intervención pública, reduciendo la autonomía propia de una entidad privada, como era su condición originaria, y viendo cómo se multiplican las exigencias administrativas en esa gestión. Lo que para unos es coherente y para otros una contradicción.

En todo caso, parece claro se debe garantizar el funcionamiento bajo principios de actuación técnica y profesional. Aunque también esa profesionalización creciente debe tener su control, en la medida en que en esa exigencia encontró su sentido la aparición años atrás de la figura del “Director-Gerente” o “asimilados” (artículo 76.1 LGSS), lo que ha dado lugar a la proliferación de cargos internos de este tipo. La normativa establecía importantes incompatibilidades y prohibiciones, pero la situación permitió un sistema retributivo de los “altos cargos” perverso, de ahí

que las últimas reformas se orienten en el sentido de someter tales retribuciones a normas mucho más precisas, evitando los abusos, si bien hacia el futuro.

3. MENOS MUTUAS: LA REESTRUCTURACIÓN DEL SECTOR MEDIANTE “FUSIONES FRÍAS” (CORPORACIONES-MANCOMUNIDADES MUTUALES)

La transformación del sector está siendo muy profunda, tanto en el plano cuantitativo como cualitativo. Por lo que hace al primer plano, el cuantitativo, al movimiento de presión al cambio se dirige a la reducción radical de su número, a fin de que sean “pocas pero potentes”, esto es, con elevada solvencia económica, a fin tanto de dar más seguridad y también mayor eficiencia. Para ello se siguen fórmulas análogas a las puestas en práctica en otros sectores, como decimos, como el sector financiero, de modo que encontramos “fusiones calientes” –concentración en la unidad- y “frías”- concentraciones en la diversidad-. En este sentido, del mismo modo que se ha consentido a las Mutuas acudir a formas de gestión indirecta de actividades preventivas, mediante la creación de Sociedades Mercantiles de Prevención –SMP-, interponiendo un sujeto empresarial para que les sea posible seguir actuando como Servicio de Prevención Ajeno, se les ha permitido, la creación de estructuras complejas, de grandes grupos.

El objetivo era – y es, aunque el Ministerio no lo explicita- reducir progresivamente el número de las hoy existentes a un máximo de 10, con la finalidad de hacer posible no ya sólo una mayor “eficiencia” de este sector de “economía social”, sino también facilitar mucho más su “control” respecto de la situación actual. El proceso de reestructuración no es fácil, antes bien está plagado de dificultades, como prueba el que ese objetivo de reducción aparecía en el horizonte 2010 y, como sabemos, este tiempo ha llegado, ha pasado y no ha tenido ese efecto. A día de hoy, encontramos todavía 20 Mutuas, por lo tanto, el doble de las previstas.

En una primera etapa se pretende una cascada de operaciones que permita integrar a las mutuas más pequeñas para intentar conseguir economías de escala lo antes posible y facilitar futuros procesos de negociación. El segundo paso, más conflictivo por los debates territoriales que puedan surgir por el camino, es el de promover la fusión de las grandes entidades con mutuas fusionadas anteriormente, pero que todavía no han conseguido el umbral de negocio que fije el Gobierno como óptimo. El final de todo el proceso debía suponer la existencia de:

- a) 3 grandes Mutuas estatales, con sendas ramas sobre las 17 CCAA
- b) 4 de ámbito supra-autonómico, pero sin abarcar el conjunto del territorio nacional.

Junto a las fusiones –que en todo caso deben ser autorizadas por el Ministerio (artículo 48 del Reglamento de Colaboración de las Mutuas-, el sector está viviendo **una segunda técnica de concentración**, como es la creación de grandes CORPORACIONES MUTUALES. La singularidad de esta forma de reestructuración es que no implica la desaparición de entidades precedentes, absorbidas por una nueva y más grande, sino la configuración de consorcios o de agrupaciones de Mutuas que no pierden su personalidad pero sí ponen en común recursos. Se trata de una iniciativa novedosa dentro del sector, en la que cada una de las mutuas participantes en la Corporación mantiene su identidad y personalidad jurídica, poniendo en común y a disposición de sus empresas y trabajadores protegidos medios, recursos y centros asistenciales. Se trata, en definitiva, de fomentar la **“concentración en la diversidad”**, frente a las fusiones, que representan la “concentración en la unidad”. Con ello se daría culminación de una antigua idea de la Secretaría de Estado que busca una fórmula que haga compatible el proceso de concentración con el mantenimiento de las características individuales, de las singularidades y de la proximidad territorial. La Unión General de Trabajadores, de consuno con CCOO, mostró su oposición a esta reforma reglamentaria, porque no participó en su gestación, en contraste con la patronal del sector, AMAT, que sí lo hizo activamente, realizando un informe durante el proceso de trámite de la reforma que tuvo cierto eco en la norma.

Con el fin de facilitar este control se llevó a cabo, por parte del Ministerio, mediante la Orden TAS 3859/2007, la puesta en marcha de nuevos mecanismos de control contable a las que quedan obligadas todas las Mutuas, con el fin de poner freno a la discrecionalidad y a las malas prácticas en la gestión.

Otra de las posibles objeciones es que no se ha previsto la posibilidad de que estas nuevas Corporaciones o Asociaciones de Interés Económico queden sometidas en su actuación a Comisiones de Control y Seguimiento, en las que podrían encontrar participación los representantes de los trabajadores de las propias Mutuas integrantes. Ya se vieron las debilidades de este tema en la UD 11. En consecuencia, las deficiencias de estos mecanismos de participación y control en la práctica son evidentes, pues están desprovistos de las atribuciones y competencias necesarias para efectuar un verdadero control de la gestión realizada por la Mutua. De ahí la necesidad de establecer otros mecanismos que hagan posible que el control sea efectivo.

La primera fue “Corporación Mutua”, el primer grupo mutual del país por redes de servicio, con 282 centros, y el segundo por cuotas recaudadas. Corporación Mutua inició su actividad el día 1 de enero de 2008. Es, pues, el resultado de un proceso de agrupación de 8 Mutuas –inicialmente fueron 6, y luego se adhirieron dos más-, bajo un modelo de coordinación y de puesta en común en medios, recursos y centros asistenciales (340, entre los que

destacan 8 Centros Hospitalarios Hospitales y 238 Centros Ambulatorios)– una suerte de grupo coordinado, que integra una Mancomunidad de Mutuas- (Cesma- Ibermutuamur- Mac-Mutua de Accidentes de Canarias- MC Mutual – Mutualia- Solimat Mutua Gallega, Unión de Mutuas).

La otra Gran Corporación es **SUMA Intermutual**, que nace de la agrupación de 5 Mutuas – Mutua Montañesa, MAZ, UMIVALE, Mutua Navarra, Egarsat-.

En el caso de los procesos de agrupación de Mutuas otro inconveniente es el de la limitación de la libertad de mercado y de la competencia que podría derivarse de una excesiva concentración o agrupación. Así, estas nuevas agrupaciones pueden implicar una limitación a la libertad de elección de los mutualistas, en cuanto que la capacidad de elección no garantiza que sea la propia Mutua la que preste el servicio, sino que podría ser otra integrante de la agrupación a la que pertenece su Mutua. También existe el riesgo de que estas Agrupaciones marcan políticas comerciales comunes que vinculen a sus asociados y que supongan en la práctica una restricción de la libre competencia en el sector.

4. “MEJORES Y DISTINTAS”: OPCIONES ESTRATÉGICAS PARA SU CONFIGURACIÓN EN EL FUTURO MÁS PRÓXIMO

Pero no sólo se quiere que sean bastantes menos, también se quiere que sean bastante mejores y, para eso, deberían ser distintas a como son ahora, mejorando su calidad, eficacia, solvencia y equidad. Ahora bien, sin en estos calificativos podemos encontrar consensos, o al menos coincidencias relevantes, cómo llevarlo a cabo ya genera muchas más diferencias. A este respecto, ya hemos visto como para el Gobierno y para un importante sector doctrinal, el balance es muy positivo, evidenciando la función sobresaliente y positiva cumplida, en un plano general, por las Mutuas. De ahí que quieran consolidar el modelo, eso sí, perfeccionando sus muchas deficiencias, pero no estructurales.

En cambio, el balance dista de ser satisfactorio, para los sindicatos y para otro sector de opinión doctrinal. Las funciones relacionadas con los accidentes de trabajo, con sus aspectos positivos pero también deficitarios –muchas veces dando altas antes de la curación total o atendiendo deficientemente a los trabajadores accidentados– funcionan de una forma razonable. Pero en todo lo demás el balance se torna más deficiente: enfermedades profe-

sionales, vigilancia de la salud, actividad preventiva, gestión de la enfermedad común. En este sentido, frente a la postura gubernamental, que apuesta por ampliar el papel de la Mutua, sin perjuicio de introducir mayores controles públicos, pero manteniendo inmodificado el sistema, la posición sindical defiende una vuelta atrás, un retorno a situaciones originarias, de modo que sus funciones queden centradas sólo en el ámbito que originariamente le ha sido propio, el de la gestión de las contingencias profesionales y la prevención de riesgos laborales, devolviendo al sistema público –de donde quizás nunca debieron salir– las competencias de gestión y control en materia de enfermedad común.

En cuanto a la actividad preventiva que realizan con cargo a cuotas, actualmente Seguridad Social sólo les autoriza a gastar un 0,5 de lo recaudado, como vimos. Lo que sin duda resulta de todo punto insuficiente. Los sindicatos más representativos vienen defendiendo que se amplíe la actividad preventiva mutual con cargo cuotas, de modo que presten servicios de gestión de los riesgos profesionales en sectores y empresas claves, tanto por la mayor incidencia de la tasa de accidentes como por la dimensión de las organizaciones (especialmente en las microempresas). En todo caso, esta ampliación de recursos debe ir condicionada a que se verifique de modo concreto la eficiencia de los mismos.

Este planteamiento merece atención, por cuanto la actividad-servicio de prevención está inexorablemente vinculada a la protección reparadora, pues la obligación de prevenir es, como se dijo en la UD 10, inherente a toda responsabilidad, sea social y privada. A este respecto, entendemos que un papel primordial debería darse a las conclusiones del “Consejo Tripartito para el seguimiento de las actividades a desarrollar por las Mutuas” en el ámbito de la Seguridad Social, en la medida en que dicho Consejo, que cuenta con la presencia, si bien con voz pero sin voto, de las Mutuas, se pueden debatir experiencias de diverso tipo en este ámbito, evaluar las actividades llevadas a cabo hasta ahora e incluso adoptar soluciones prácticas de futuro de cara a la obtención de una mayor eficacia en la gestión preventiva mutual. En última instancia, y como ha reconocido el propio Ministerio, a más actividad de prevención menor será la actividad de reparación, y por lo tanto más eficaz y más eficiente la protección. En suma, la actividad de las Mutuas como entidades de prevención de riesgos no les debe resultar ajena ni extraña y, por lo tanto, a diferencia de lo que ocurre con la gestión de la IT derivada de contingencia común, pueden desplegar en este campo una importante labor. Otra cosa es que también debe tenerse en cuenta la normativa protectora de la competencia leal, para evitar los errores del pasado, que no sólo redundan en el falseamiento de las reglas de juego sino en una mala calidad del servicio.

Como vemos, existe una importante confrontación de modelos, aunque las piezas sobre las que habría que hacer pivotar las decisiones sí están claras, o bien identificadas al menos. En este sentido, como se dijo en la introducción, la dialéctica o tensión entre las principales opciones estratégicas existentes para delimitar el modelo de gobierno y gestión de las Mutuas, cabe sintetizarlo así.

- a) Privatización/Publicación ¿o “socialización”)
- b) Colaboración/Gestión
- c) Reparación/Prevención
- d) Eficiencia de gestión/ Eficacia prestacional
- e) Autonomía de gobierno/Democratización (gestión paritaria)

Las Mutuas como entidades “mestizas”, mixtas

Por lo que hace al primer par, o a la primera tensión, la clásica entre público y privado, ya hemos visto como el reforzamiento de las Mutuas suele presentarse como una privatización en la gestión de la Seguridad Social. Un proceso para unos incuestionable, porque no habrían dejado de ser nunca sujetos de naturaleza privada que asumen más competencias públicas.

En este sentido, pese a tratarse de un tipo de asociación muy peculiar –no son ni organización profesional del artículo 52 CE, ni una organización empresarial en sentido estricto, aunque AMAT esté en la CEOE, ni una asociación del artículo 22 CE-, no deja de ser entidad privada.

En cambio, para otros es relativa esa privatización, por el intenso “proceso de publicación” creciente de las Mutuas. Esto significa que los poderes públicos, de manera directa o a través de las entidades gestoras, quieren estar cada vez más presentes en el sector de las Mutuas, tanto de derecho –regulación- como de hecho –ejercicio efectivo de las facultades de control, no siempre ejercido, aún en tiempos recientes-. Así, no sólo aumentan sobre ellas las potestades de fiscalización de su funcionamiento sino que también amplían los requisitos para su actuación.

En consecuencia, nuestro Derecho actúa respecto de las Mutuas en dos sentidos bien distintos o diferenciados, pero no por ellos opuestos o contradictorios: *más competencias pero, al mismo tiempo, también más control*. De este modo, el dato de que las Mutuas hayan tenido, y mantengan, desde su origen, la naturaleza jurídica de

“asociaciones privadas de empresarios”, aún sin ánimo de lucro, al menos en apariencia como vimos, que debía haberse visto afectado por la previsión del artículo 41 CE, que dispone que los poderes públicos “mantendrán un régimen público de Seguridad Social”, no ha obstaculizado su actuación y crecimiento. El TCO –SS 37 y 135/1994- ha aceptado la existencia de entidades colaboradoras privadas, no ya sólo de las Mutuas, sino también de trabajadores y empresarios, “sin perjuicio de otras formas de participación de los interesados establecidas por las Leyes, de acuerdo con el artículo 129. 1 Constitución” (artículo 4.2 LGSS). La participación en la gestión del régimen de Seguridad Social por parte de sujetos privados es, pues, una cuestión de configuración legal, por lo que las Mutuas, incluso en un papel de auténtica gestión, no están ni promovidas ni prohibidas por la Constitución, siempre que el control último de todas las fórmulas de participación sea público

Ahora bien no hay acuerdo a la hora de valorar este proceso entre los diferentes sectores de opinión, tanto del sector como de los analistas del mismo. Para unos, la situación de entidades colaboradoras sujetas al control y tutela del Estado está totalmente justificada cuando se trata de determinar organización, funcionamiento y gestión de los fondos públicos que tienen a su cargo, pero esa misma relación de subordinación no estaría igual de justificada cuando se trata de reducir la autonomía funcional en la gestión concreta de las prestaciones que tiene encomendadas, y en especial de la prestación de IT por contingencia común.

Pero aquí hallamos un grave problema, derivada del hecho de ser asociaciones privadas, pues si eso no impide que sean entidades colaboradoras en la gestión pública, sí impediría que tengan funciones plenas de control de prestaciones de esta naturaleza pública. Primero en un plano teórico y conceptual, pues de lo contrario se privatizarían en extremo, lo que sí prohíbe el mandato constitucional, al desfigurar ramas enteras de prestaciones. De ahí que algún intento de ampliación de competencias de gestión mutual en materia de IT común –por ejemplo emitir los partes de alta a efectos económicos- no llegaran a tener eficacia práctica, por falta del debido desarrollo reglamentario y la oposición judicial –STS, 4ª, 9/10/2006-. Segundo, en el plano más práctico, porque la realidad evidencia que las Mutuas gestionan a menudo las contingencias en beneficio del empresario, que es quien contrata la “póliza” con ellas, y no del trabajador, de ahí que sean más restrictivas de derechos que el INSS y que los Servicios Públicos de Salud.

En cambio, como se dijo, desde el enfoque sindical se propone un completo retorno de esta prestación a las entidades gestoras, de modo que tenga una gestión pública en sentido estricto. Por tanto, no se comparte la posición de quienes promueven una revisión de los rasgos sobre los que se asienta la configuración de las Mutuas, que ven como pura asociación empresarial.

El Ministerio, en cambio, mantiene una posición intermedia. De modo que las sucesivas reformas han ido orientadas, como se vio, a reforzar el papel de control de la Entidad Gestora, el INSS.

La diversidad de posiciones de las Mutuas en la gestión del parte de alta, por ejemplo, ilustra bien lo que aquí se dice, pues sabido es que carece de la posibilidad de emitir el parte de alta para la IT común, pues sólo puede proponer el alta al INSS –o a los Servicios de Salud-.

En última instancia, el Ministerio asume implícitamente que el INSS no está en condiciones de asumir una mejor gestión de la prestación de IT común

Las Mutuas como “entidades gestoras” sui generis

El segundo par de opuestos, se centra en debatir si realmente las Mutuas siguen siendo ya “simples” o “meras” colaboradoras, o han alcanzado otro estatuto, el de “entidades gestoras”, si bien de naturaleza y régimen diferenciado a las típicas –el INSS-. En este sentido, al margen de que en la práctica se evidencia este desbordamiento de la tarea típicamente colaboradora, es evidente el interés de ciertos sectores por convertirlas en “Entidades gestoras de la Seguridad Social”. Esta evolución tiene diferentes consecuencias, aunque es problemática.

Así, hay quien incluso vislumbra una estrategia de política de asistencia sanitaria, en la medida en que se las ve como un instrumento no ya sólo de gestión eficiente de las prestaciones de Seguridad Social, sino también de la Asistencia Sanitaria, racionalizando un gasto creciente del Sistema Nacional de Salud, cada vez más costosos por el aumento de la población y la universalidad del sistema. No por casualidad, CORPORACIÓN MUTUA, una vez coordinada la red asistencial, se ha marcado impulsar la homogeneización de los procesos de gestión sanitaria, fijando protocolos médicos y administrativos que favorezcan la homogeneidad de respuesta y servicio, estableciendo estándares de calidad, procedimientos de gestión de incidencias, y tiempos de referencia a la duración de los procesos de incapacidad. Asimismo, pretenden prestar servicios diferenciales de valor añadido, coherentes con el ámbito competencial socio sanitario que les es propio, a través de programas de I+D+i. Su ejecución incrementaría la colaboración con las Administraciones Públicas y el tejido socio institucional con el que se relacionan, buscando esa legitimación social que hoy se discute, a través de la relativa “mala imagen” que tienen ante los trabajadores. El resultado, sería una privatización del Sistema a través de la asunción de parte de la cobertura por entidades a medio camino entre la gestión empresarial y las entidades del tercer sector.

Por tanto, una vía evolutiva de futuro podría pasar por atribuir funciones típicamente de gestión a las Mutuas. Ahora bien, ello sólo sería sostenible siempre que en la gestión se diera participación mayor a los sindicatos, lo que podría chocar con la naturaleza privada de estas asociaciones, con lo que se desnaturalizarían de nuevo. No obstante, no es imposible el hallar formas de participación sindical que no obstaculizara la gestión mutual eficiente.

Otra solución podría pasar por convertir definitivamente a las Mutuas en consorcios públicos o entidades públicas con un sistema de gestión típicamente público, lo que les convertiría otra vez en entidades gestoras, pero no ya privadas sino públicas, pero con ello perderían no ya sólo su identidad histórica, sino también autonomía y flexibilidad de gestión, que son las ventajas que ha llevado a fortalecer su papel en detrimento del INSS. La cuestión se centra, pues, no tanto en el dato de reconocerles una intervención superior a lo que ahora tienen en la colaboración, en tanto que hacen frente a la prestación, en lo que se puede coincidir, sino en el modo en el que debe de articularse tal papel, de modo que unos piden más autonomía funcional y otros un mayor control público.

En todo caso, lo cierto es que ni como entidades colaboradoras ni como entidades gestoras sui generis existe ya una imagen coherente.

Las Mutuas como entidades no sólo reparadoras, también preventivas

A este respecto, ya como colaboradoras ya como gestoras, conviene repensar la dualidad o dicotomía entre la actividad reparadora y la preventiva. Ya hemos visto que la evolución ha sido en el sentido de, paradójicamente, reducir el papel de la Mutua a la reparación –incluido el reforzamiento de su papel asistencial sanitario, como evidencia el RD 1630/2011-, incluso fuera de su ámbito de contingencias típico, limitando el preventivo. No obstante, no parece muy coherente, menos en relación a la propia posición de la OIT en este punto, como se estudió en la UD 11, esta limitación. La actividad preventiva es inherente a todo sistema reparador equitativo y eficiente. Otra cosa es que no se puede permitir que haya actores en el sistema privilegiados, con diferentes posiciones competitivas, por lo que en realidad el problema no está en el carácter de la Mutua, sino en las reglas a las que se somete, que deben ser, cuando menos, las mismas que el resto de actores. No obstante, es necesario atender el papel preventivo de las Mutuas con cargo a cuotas, en la medida en que su acción puede tener gran relevancia para la reducción de los accidentes y enfermedades, que debe ser una prioridad.

En el plano preventivo, no es dudoso que las Mutuas puedan conseguir mayores logros. Es necesario repensar su papel. En última instancia tienen los medios y el interés necesarios para que la actividad preventiva sea considerada una inversión, tanto para el empleador como para los poderes públicos. Para eso, además de reordenar el salvaje mercado preventivo que hoy existe en España, es necesario establecer un adecuado sistema de incentivos y, en caso de su incumplimiento, de responsabilidades, para que Mutuas y empresarios asociados hagan de la prevención su referente básicos.

La Mutua como entidad paritariamente participada.

En todo caso, no es posible, o al menos razonable, el que todo esto se dilucide al margen de quienes son los principales interesados en su servicio, los trabajadores –también los empresarios asociados, sin duda-. A día de hoy, las grandes decisiones que toman, a pesar de que el Ministerio de Empleo dicte las normas de su funcionamiento, están en manos de Juntas Directivas en las que participan únicamente los empresarios y los propios directivos, a su vez nombrados por la Junta, es decir, una vez más la representación empresarial. Por eso los sindicatos más representativos vienen reivindicando un modelo de participación social más incisivo, que incluye no sólo su presencia sino también la de la Administración, en los órganos de dirección de las Mutuas.

5. REFLEXIÓN FINAL

La mayoría de las mutuas han celebrado su centenario. Pero permanecer a lo largo del tiempo, la que lo han hecho, no significa que la historia que están escribiendo sea enteramente positiva. Como evidencia el sector más crítico, las Mutuas siguen en lo fundamental siendo gestionadas como antes de la democracia. Dentro del sistema de Seguridad Social, pese a los muchos cambios operados y a la indudable evolución, está pendiente su modernización y puesta al día en una España que nada tiene que ver con la de hace 50 años. Otros hacen una diferente lectura, y evidenciaría que esta evolución se ha producido. Y es verdad. Pero su orientación no queda claro que sea hoy la más adecuada para el sistema en el que se encuadra, pues tiene una dimensión básicamente empresarial, la que el Ministerio quiere imprimir a la evolución de estas entidades, aún bajo su control, como aparece en la idea que de ellas tenía el anterior responsable de la Secretaría de Seguridad Social, para quien lo más destacable de todo el proceso es que

“... en los más de cien años de funcionamiento de las Mutuas, **el sector se ha ido decantando hacia el lado de las empresas más innovadoras**, de las entidades más eficientes, de aquellas mutuas que hacen mejor su trabajo y que son las que han sobrevivido en este proceso natural de selección”

En todo caso, cualquiera que sea la valoración que se haga de la profunda evolución de las Mutuas en el sistema de protección social español dos cosas no parecen dudosas, aunque no haya acuerdo luego en darle respuesta. La primera es que el incremento de sus posibilidades de actuación dentro del sistema les ha dado un puesto de especial relevancia que las convierte en instituciones claves del mismo. La segunda es que, al mismo tiempo, nadie duda de que el régimen jurídico de ambas actividades adolece de graves deficiencias, lo que no sólo evidencia incoherencias reguladoras sino también fomenta malas prácticas, con lo que ello tiene de perjuicio para la gestión de todos los recursos dedicados a tales fines. De ahí que esté urgido de una profunda reforma –como apuntaba la DA 14ª Ley 27/2011, no como se ha acometido con la Ley 35/2014-, y, por lo que aquí interesa, en orden a la gestión. Merece la pena mejorarlo.

La gestión debe dirigirse necesariamente a garantizar que en cada caso el trabajador afectado por una enfermedad o accidente que le incapacita para su trabajo tenga la certeza de que va a recibir en cada momento la atención que precisa, ni menos ni más. Esto significa que debe satisfacerse el derecho pero sin que cueste ni un euro más del necesario.

Esta doble finalidad –eficacia de la protección y eficiencia de su coste- es y debe ser compatible y nadie, sea cual sea su posición, debería pretender otra cosa diferente a esto. El problema, claro está, es cómo conseguirlo. Aquí las posiciones divergen, pero todos coinciden en que con el actual régimen de regulación del sistema de gestión de las diferentes prestaciones implicadas tales objetivos no se han conseguido. Se sabe con certeza que las Mutuas gestionan a menor coste que el INSS, y de ahí la confianza que el Ministerio pone en ellas. Pero esa constatación, que es medible, no implica por sí sola que dicha gestión sea la mejor y no ya sólo por la crítica que se hace desde el sindicato a tal funcionamiento, sino por la constatación de usos desviados: de modo que si es cierto que a menudo la prestación de IT es refugio de situaciones diversas, para las que no está prevista (desempleo encubierto; cobertura de fraudes...), no menos cierto es que muy a menudo personas que se hallan incapacitadas para trabajar son dadas de alta sin las debidas garantías.

Se necesitan, pues, soluciones innovadoras, audaces y también realistas, pues de lo contrario conducirían una vez más o a la frustración o al error, lo que conviene evitar, más en época de crisis como la que vivimos.

En un plano teórico, e incluso ideológico-constitucional, lo mejor sería que el INSS retomara la gestión de la IT común, y un mayor control de la IT por contingencia profesional. Pero lo que en esos planos sería deseable sabemos que, en la práctica ni es realista ni siempre es positivo –requeriría una enorme inversión en medios personales y económicos, adolece de rigideces en su funcionamiento difícilmente superables, evidencia más lentitud en la respuesta...- Ese mismo plano impide atribuir a las Mutuas ese papel, pues ni se puede aceptar constitucionalmente, en cuanto que administran dinero público, ni conceptualmente, porque se trata de organizaciones de empleadores y gestionan prestaciones que afectan sobre todo a los trabajadores.

Por lo tanto, dado que el INSS no puede asumir el control de la protección por IT, y dado que las Mutuas están en condiciones de prestar un buen servicio e la actuación de las funciones que tienen encomendadas, la solución pasaría incluso por ampliar su capacidad de gestión, pero con muchas más garantías de actuación no desviada. Lo último, desde luego, es dejar la solución, como tradicionalmente ha venido sucediendo, a la decisión judicial, porque es más costoso y más incierto, entre otras cosas porque a menudo la solución judicial viene inducida por un peritaje médico que no reúne las exigencias de calidad y certeza que serían exigibles. Por lo tanto, es necesaria y urgente esa revisión legislativa, previa negociación con los interlocutores sociales. Queda evidenciado que la Mutua no puede ser cualquier empresa, ni siquiera cualquier asociación privada, como parece empeñarse en mantener el legislador que propiciara una reforma legislativa en profundidad, aunque todavía no se halla llevado a cabo. Y en todo caso, su modelo de gobierno debe ser bien diferente al de las empresas del sector privado.

En este sentido, además de revisar las competencias de los actuales órganos de control, es necesario el garantizar una participación efectiva de los agentes sociales en los órganos directivos de las Mutuas. Tres líneas básicas deben presidir la reforma auspiciada legalmente pero que se retrasa en exceso, siendo las primeras piezas que conocemos no muy halagüeñas:

- mejora de la gestión que significa mejorar la calidad del servicio que presta y que no es otro que la satisfacción de los derechos de prestación que gestionan. Evitando malas prácticas (modificación del actual reglamento de colaboración de las Mutuas con el fin de que, entre otras medidas, se pongan límites al número de reconocimientos médicos que las mutuas puedan realizar, se limiten los instrumen-

tos de control a los estrictamente necesarios, con prohibición expresa de determinadas modalidades y se penalice la transferencia de datos referidos a la salud del trabajador)

- mayor transparencia en la gestión, pues se trata de dinero público. En este sentido, junto a la mejora del control, otro tema pendiente es el sistema de reclamación en relación con las actuaciones de las Mutuas. La norma contempla que todos los centros asistenciales deben contar con un libro de reclamaciones, pero hasta la fecha no se ha desarrollado ningún sistema para su resolución y tratamiento, de manera que las reclamaciones suelen caer, salvo que tengan tal dimensión que lleve a la reclamación judicial, en saco roto. Es imprescindible desarrollar normativamente un sistema de reclamación que dé respuestas tanto a las presentadas por temas relacionados con los derechos de Seguridad Social como por asistencia sanitaria y por actividad preventiva. En el marco de la transparencia debe avanzarse en estos temas, que hoy se afrontan con mayores canales de comunicación sindical –oficina virtual, comisión confederal de mutuas...-... Desde UGT, se quiere fomentar reformas legales que arbitren un medio rápido para dirimir las discrepancias entre las mutuas y los trabajadores –sistema de quejas: se debe recordar la “Oficina Virtual de Quejas” (OVQ) creada por las Mutuas y la Administración-
- intensificar la participación sindical en la gestión o gobierno en sentido estricto de las Mutuas, de modo que puedan los sindicatos –y también los empresarios asociados- intervenir en su planificación estratégica y en las decisiones de gestión ordinaria o de tipo operativo.
- fomentar la codecisión tanto en la elección de la Mutua como del Servicio de Prevención, que ahora se resuelve en pura consulta no vinculante, salvo que por negociación colectiva sí se le otorgue tal carácter de obligatoriedad de ser acordada la elección. De modo que los trabajadores dejen de ser vistos sólo como “sujetos beneficiarios” –por tanto pasivos- para verse también como “sujetos clientes”. Con la reforma de la Ley 35/2014 no se atiende adecuadamente a este requerimiento, dejando en gran medida la a decisión al empresario, tal y como hoy está.

En todo caso, para finalizar, conviene evidenciar que es necesario un debate en profundidad, sobre el modelo de Mutuas que queremos, de modo que las reformas legales ya comprometidas tengan un proyecto estratégico coherente y consensado, y no se hagan por aluvión y con objetivos no siempre conciliables. A este respecto, no parece que pueda continuarse indefinidamente con el modelo dual seguido por el Ministerio –ampliar competencias y ampliar al mismo tiempo su control-.

Ante el mandato de la DA 14ª Ley 27/2011, había varias opciones (además de la inconstitucional, de poner en sus manos una parte sustancial del sistema público de Seguridad Social), y que eran:

- el mantenimiento del statu quo, sin perjuicio de perfeccionar la regulación existente, con la clarificación de numerosos extremos confusos en la LGSS y en el Reglamento, de modo que se ahonden en las tendencias actuales (*modelo de conservación* no inmovilista).
- la reordenación sustancial de sus principios mancomunados, dando una configuración en gran medida diferente a la actual (*modelo de innovación*, más o menos rupturista con la tradición de asociaciones privadas de empresarios meramente colaboradoras)
- la retirada de las competencias adicionales a las originarias sobre contingencias de tipo profesional (*modelo de reajuste*, que consolide lo positivo y corrija derivas erráticas)

Con la ley 35/2014 se ha optado por el primero.

B. CONCEPTOS BÁSICOS A RETENER (GLOSARIO)

GESTIÓN MUTUAL PARITARIA: modelo de gestión de la Mutua que implica la participación de sindicatos y organizaciones empresariales en la toma de decisiones estratégicas, y no sólo en el control del funcionamiento de la Mutua.

METAMORFOSIS MUTUAL: refiere al proceso de cambios incesantes experimentados por las Mutuas en los últimos 15 años, de modo que al tiempo que se ha ampliado sus competencias más allá

DÉFICIT DE REGULACIÓN MUTUAL: sintetiza la técnica elegida para proceder a los cambios en la configuración y competencias de las Mutuas, conforme a la cual esa metamorfosis se estaría produciendo hurtándola al debate tanto legislativo como social, por provenir o bien de Leyes de pura coyuntura o por normas reglamentarias, producidas soterradamente.

PRINCIPIO DE ESPECIALIZACIÓN MUTUAL: implica el reconocimiento del carácter profesional de la Mutua, reduciendo su actividad a la gestión de la cobertura por contingencia profesionales

PRINCIPIO DE POLIVALENCIA MUTUAL: hace referencia a la configuración de las Mutuas como una entidad potencialmente susceptible de realizar diversos servicios en el sistema de protección social, más allá de la colaboración en la gestión de las prestaciones de IT por contingencias profesionales, incluida la actividad preventiva.

AUTORREGULACIÓN MUTUAL: hace referencia al conjunto de técnicas e instrumentos acogidos y desarrollados por el sector de las Mutuas para favorecer códigos de buenas prácticas definidos a través de acuerdos entre los operadores del sector, primando la unilateralidad.

EL TRABAJADOR COMO “CLIENTE” DE LA MUTUA: hace referencia a la política sindical que se orienta a reforzar el carácter decisorio de la participación de los trabajadores en la elección de la Mutua, a fin de actuar no sólo como sujetos protegidos sino como “clientes”.

DEMOCRATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS MUTUAS: es la expresión que sintetiza el objetivo sindical de promover una gestión paritaria de las Mutuas, a través de su participación no ya sólo institucional sino decisoria, de modo que tengan presencia efectiva en los órganos de gobierno y se promueva la decisión conjunta



ÚNETE
POR TUS DERECHOS