

Para hacer frente a ese riesgo los empresarios se unieron y dieron nacimiento al sistema de mutuas. Por tanto, en su origen las mutuas fueron asociaciones formadas por empresarios que se unieron para asegurar el riesgo de los trabajadores frente al accidente de trabajo. La antigüedad de estas instituciones alcanza casi los 100 años y han conocido una importante evolución.

Si inicialmente nacieron sólo como entidades aseguradoras de prestaciones económicas, pronto comenzaron también a ofrecer servicios médicos curativos y rehabilitadores y con el tiempo incipientes actuaciones de carácter preventivo (seguridad e higiene).

El proceso de consolidación de las mutuas a lo largo del siglo, discurre en paralelo con la inexistencia, hasta el comienzo de los años 60, de un sistema público de atención sanitaria, que sólo con la aparición de una incipiente Seguridad Social en 1963-1966 comienza a corregirse. La puesta en marcha aunque con limitaciones del sistema de Seguridad Social era la ocasión para haber integrado en él a las mutuas, sobre todo cuando desaparecen las diferentes Mutualidades (que gestionaban las prestaciones por contingencias comunes) integrándose todas ellas en el INSS. La falta de libertades democráticas y de sindicatos libres impidió que al menos tal debate pudiera realizarse, y que hubiera permitido la integración de las mutuas de accidentes en un sólo organismo.

El retraso español en la construcción de un Estado de Bienestar, tal y como se generaliza en Europa con posterioridad a la segunda guerra mundial, debido a la larga duración de la dictadura franquista, posibilitó que se produjera la consolidación de un sistema de protección social de las contingencias derivadas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, atípico y no cubierto directamente y en exclusiva por el sistema público.

Durante la transición democrática, pudo haberse corregido el modelo que se había ido configurando, pero no se hizo. Si bien es cierto que durante algún tiempo existió cierta indefinición sobre qué hacer con las mutuas, finalmente se optó por mantener el modelo existente, aunque introduciendo algunos mecanismos de tutela y control público. Probablemente otras prioridades, pero también porque no decirlo, el propio desconocimiento social de estas instituciones, y los intereses empresariales muy consolidados en el control y gestión de las mutuas, explican esta actitud.

La evolución en cuanto al número de mutuas existentes es significativa. En 1986 aún existían 155 mutuas, pero después de una amplia política de fusiones, sólo quedan 30 y el proceso seguramente aún no se ha agotado. Las razones que explican esta evolución hacia la concentración han sido de carácter económico y estructural. La debilidad y los déficits económicos de muchas de ellas las hacían inviables y no pudieron evitar ser absorbidas por otras más poderosas económicamente.

Hay que tener en cuenta que las mutuas nacen muy ligadas a gremios y ámbitos geográficos muy limitados. El propio desarrollo económico y productivo, con la aparición de nuevos sectores como el de servicios, empresas que se extienden por toda España, junto a las nuevas demandas a las que son requeridas las mutuas, obligan necesariamente a cambios estructurales que muchas de ellas no pudieron acometer.

Desde el sistema sanitario no se ha actuado prácticamente en materia de salud laboral, ni se han desarrollado las competencias que la propia legislación contemplaba. La consolidación del sistema de mutuas como único referente institucional en materia de salud laboral, es también el fruto de la dejación, por parte de las autoridades sanitarias, de las funciones que la Ley General de Sanidad les otorgaba. De tal manera que como efecto de esta evolución, se ha conformado un doble sistema de protección de la salud. Por un lado la salud laboral, dependiente en sus aspectos normativos y de control de la administración laboral y prestada a más de un 90% de los trabajadores asalariados por las mutuas. Y por otro la salud pública, desarrollada por el sistema sanitario público. Tal evolución ha significado que la casi totalidad de los recursos humanos y materiales dedicados a salud y seguridad en el trabajo, estén en manos de las mutuas y que sean éstas las que acumulan casi en exclusiva, las hasta ahora escasas experiencias de asesoramiento técnico de carácter preventivo.

2. Configuración actual

La configuración actual de las mutuas y la regulación de su colaboración con la Seguridad Social se encuentra en el Reglamento de 1995 (RD 1993/1995, de 7 de abril). Este Reglamento es la culminación de un proceso que, en las últimas tres décadas, ha producido cambios muy importantes tanto en el carácter legal de las mutuas como en su funcionamiento.

El primero y significativo es el del nombre. De denominarse mutuas patronales, han pasado a denominarse mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). En la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del orden social, se produce una nueva modificación en lo que respecta a su definición legal y ámbitos de intervención, quedando reguladas de la manera siguiente:

1. Se considerarán mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, las asociaciones debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales que con tal denominación se constituyan, sin ánimo de lucro y con sujeción a las normas reglamentarias que se establezcan, por empresarios que asuman al efecto una responsabili-

dad mancomunada y con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidas.

2. A efectos de la presente Ley y de acuerdo con lo establecido en la misma, la colaboración en la gestión de la Seguridad Social comprenderá las siguientes actividades:

- a) La colaboración en la gestión de contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- b) La realización de actividades de prevención, recuperación y demás previstas en la presente Ley. Las actividades que las mutuas puedan desarrollar como Servicio de Prevención ajeno se registrarán por lo dispuesto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en sus normas reglamentarias de desarrollo.
- c) La colaboración en la gestión de la prestación económica de la Incapacidad Temporal derivada de contingencias comunes.
- d) Las demás actividades, prestaciones y servicios de seguridad social que les sean atribuidas legalmente.

A partir de la anterior definición y del articulado del Reglamento de 1995, pueden señalarse los siguientes caracteres identificativos y condicionantes de las MUTUAS:

1. Las responsabilidades de las mutuas tanto legales como contractuales alcanzan a los empresarios asociados de modo ilimitado y mancomunado.

2. Son asociaciones de empresarios constituidas sin ánimo de lucro, por lo que de su actuación no pueden derivarse beneficios económicos para las empresas o empresarios asociados, ni servir de fundamento a operaciones de lucro mercantil.

3. Todos los ingresos, bienes muebles e inmuebles y rentas obtenidas por las mutuas, forman parte de la Seguridad Social. Las primas recaudadas tienen la condición de cuotas de la Seguridad Social.

Desde 1967 su patrimonio (inmobiliario u otro) es propiedad de la Seguridad Social. Los excedentes económicos tienen que ser ingresados en el Banco de España y es patrimonio del Estado, excepto un porcentaje del 10%, que va destinado a prestaciones sociales a favor de los trabajadores asociados

4. Admiten la adhesión (desde la reforma de 1990) de todo tipo de empresas tanto privadas como públicas, así como a los organismos y administraciones públicas.

5. El principal objeto de las mutuas es el de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, aunque también podrán desarrollar otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidas.

6. Para garantizar su viabilidad y solvencia se les obliga a cumplir unos mínimos de cobertura. Actualmente está fijado en un número mínimo de 50 empresas y 30.000 trabajadores. Por debajo de eso no se puede constituir una mutua.

7. La Ley impone a las mutuas el reaseguro obligatorio para las prestaciones a largo plazo, a concertar necesariamente con la Tesorería General de la Seguridad Social.

8. Las mutuas están completamente sometidas a la tutela y control del Estado (autorización previa para su constitución, sometimiento a la dirección y tutela del Ministerio de Trabajo, control económico-financiero por la Intervención General de la Seguridad Social, auditorías anuales, etc).

9. Los gastos de administración están sometidos a un límite máximo mediante la aplicación de una escala de porcentajes.

Hoy podemos decir que en términos generales contamos con unas mutuas bastante saneadas financieramente y con capacidad para invertir en los recursos humanos y materiales necesarios para hacer frente a las responsabilidades que la Ley les atribuye.

Como consecuencia de todo lo anterior, se puede concluir que las mutuas no representan actualmente la privatización de parte de la Seguridad Social a pesar de su nacimiento como instituciones privadas y carentes de todo control y tutela pública. Su justificación en España está basada en razones históricas y funcionales. La evolución sufrida a lo largo de los últimos 30 años, pasando de ser entidades privadas gestionadas por empresarios y sin ningún control administrativo ni sindical, a ser entidades colaboradoras de la Seguridad Social, que gestionan recursos y prestaciones públicas, sin ánimo de lucro, cuyo patrimonio posterior al 1 de enero de 1967 pertenece a la Seguridad Social, tuteladas por el Ministerio de Trabajo y desde 1995 con comisiones de control y seguimiento paritarias al 50% entre empresarios y sindicatos, nos parece significativa y en lo fundamental, correctamente orientada. Ahora bien, estamos sólo a mitad de camino. Si queremos consolidar el actual modelo, legitimándolo por la calidad de sus servicios, es necesario avanzar en dos direcciones: su definitiva integración en el sistema público de la Seguridad Social y la democratización de su funcionamiento a través de la gestión paritaria entre empresarios y sindicatos. Solamente de esta manera cerraremos de forma positiva lo que constituye un proceso atípico de desarrollo del sistema de protección social en España.

Si, por el contrario, se produjera una vuelta atrás, tal y como desde algunos sectores de la derecha política y económica se preconiza, privatizando su patrimonio y eliminando los controles públicos y la participación sindical

habría que necesariamente reflexionar sobre su propia existencia y utilidad, ya que el actual modelo vería muy seriamente dañada su credibilidad para realizar prestaciones y asegurar la cobertura de servicios públicos.

En los últimos años, se está produciendo una soterrada pero creciente presión del sistema financiero y asegurador para que se produzcan cambios legislativos que les permitan entrar en las coberturas del aseguramiento de las prestaciones económicas de las incapacidades e invalideces derivadas del trabajo. Su interés viene derivado de los casi quinientos mil millones de pesetas que pueden moverse por estas contingencias, y que actualmente están fuera del «negocio asegurador privado»,

Así mismo, ha habido intentos, felizmente sofocados, por volver a la situación anterior a 1967 en cuanto a la privatización del patrimonio de las mutuas, que hoy pertenece a la Seguridad Social.

La conclusión por tanto, es que hoy por hoy, el modelo de mutuas, tanto en lo que se refiere a su dimensionamiento, como a su definición legal y su incardinación en el sistema público, está sin cerrar y por tanto hay que seguir muy atentamente su evolución y las presiones que se produzcan.

3. Órganos de gobierno y de participación

3.1. Órganos de gobierno

Las mutuas cuentan con dos órganos colegiados y un órgano unipersonal de gobierno: la Junta General, la Junta Directiva y el Director Gerente.

Junta General. Es el órgano superior de gobierno de la mutua, y está integrada por todos sus asociados. Forma parte de la Junta General un representante de los trabajadores al servicio de la entidad que es elegido de entre los miembros del comité o comités de empresa.

La Junta General tiene como competencias más importantes las siguientes:

- Elección de la Junta Directiva.
- Aprobación de los presupuestos y cuentas anuales.

Junta Directiva. Se compone de un número no superior a veinte miembros, formando parte de la misma el representante de los trabajadores elegido para la Junta General.

La Junta Directiva es el órgano que dirige en la práctica la mutua. Tiene la competencia de designar al director gerente.

Director gerente: Es la persona que de manera ejecutiva dirige el día a día de la mutua.

3.2. Órganos de participación

Cada mutua tiene dos órganos de participación, en los que están representados los sindicatos más representativos: la comisión de control y seguimiento, y la comisión de prestaciones especiales.

La Comisión de control y seguimiento: La Ley 42/1994 de 30 de diciembre vino a establecer la participación sindical en las mutuas, a través de la creación de las comisiones de control y seguimiento. Su creación pretendía responder a la demanda sindical de participación paritaria en la gestión de las mutuas, que finalmente quedo en un tímido paso que nosotros valoramos positivo pero muy insuficiente.

La comisión de control y seguimiento tiene un carácter paritario entre trabajadores (centrales sindicales) y empresarios (organizaciones empresariales). El número total de sus miembros respecto de cada mutua viene determinado según el importe de las cuotas recaudadas en el ejercicio económico inmediato anterior y de conformidad con la siguiente escala:

Menos de 10.000 millones de pts.	6 miembros
Entre 10.001 y 20.000 millones de pts.	8 miembros
Más de 20.000 millones de pts.	10 miembros

Las comisiones de control y seguimiento celebrarán reuniones ordinarias cada tres meses. Además podrán realizar reuniones extraordinarias cuantas veces la propia comisión lo considere pertinente, o sea solicitada por un tercio de sus miembros. Los acuerdos, para ser válidos, se adoptarán con carácter general por mayoría simple de los miembros presentes.

Las funciones de la comisión de control y seguimiento de cada mutua son las siguientes:

- a) Conocer los criterios de actuación de la mutua en las distintas modalidades de colaboración que tiene autorizadas.
- b) Participar en la elaboración del anteproyecto de presupuestos de la mutua.
- c) Informar el proyecto de memoria anual, previo a su remisión a la Junta General.
- d) Tener conocimiento previo de las propuestas de nombramiento del director gerente o cargo asimilado.
- e) Tener conocimiento y ser informado de la gestión llevada a cabo por la entidad.
- f) Proponer cuantas medidas se estimen necesarias para el mejor cumplimiento de los fines de la mutua en los ámbitos de gestión autorizados en el marco de los objetivos generales de la Seguridad Social.

- g) En general, poder solicitar cuanta información genérica se precise respecto a la gestión realizada por la entidad en las distintas modalidades de colaboración que tiene autorizadas.

Como puede verse, son competencias importantes, que tienen que ver con los derechos de información o de presentación de propuestas y sugerencias, pero que están lejos de representar la participación de los trabajadores en igualdad de condiciones con los empresarios en la gestión de las mutuas, objetivo que, tras las nuevas competencias asumidas por éstas en gestión de IT y prevención de riesgos laborales, hoy es más urgente y está más justificado que nunca.

Las comisiones de prestaciones especiales: Las comisiones de prestaciones especiales tienen a su cargo la concesión de los beneficios de la asistencia social que hayan de ser satisfechos por la mutua con cargo al 10% del excedente que obtengan. La asistencia social consiste en la concesión de los servicios y auxilios económicos que en atención a estados y situaciones concretas de necesidad se consideren precisos.

Estas prestaciones de asistencia social de carácter potestativo están claramente diferenciadas de las prestaciones reglamentarias, y pueden concederse a los trabajadores o a sus familiares, cuando se haya sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y exista una situación de necesidad.

La comisión de prestaciones especiales está constituida por el número de miembros establecido en los estatutos, de los que la mitad corresponden a representantes de los trabajadores y la otra mitad a representantes de los empresarios asociados, designados por la Junta Directiva. La designación de los representantes de los trabajadores, que deberá recaer en trabajadores de las empresas asociadas, se hará por las organizaciones sindicales que hayan obtenido el 10% o más de representación en las elecciones sindicales de las provincias en las que radican las empresas asociadas.

LOS SERVICIOS QUE PRESTAN LAS MUTUAS

1. Gestión de la protección respecto a las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Esta prestación es la que desde su fundación vienen realizando las mutuas. Con el tiempo ha ido enriqueciendo su contenido, de tal manera que hoy, junto a la prestación económica, se ofrecen otras como la atención sanitaria de carácter rehabilitador y asistencial, servicios de higiene y seguridad en el

trabajo, formación, investigación y otros. Obviamente, no todas las mutuas ofrecen el mismo nivel ni calidad de servicios.

1.1. Prestación sanitaria

Las mutuas son plenamente responsables de las prestaciones sanitarias y rehabilitadoras que necesita el trabajador/a que ha sufrido una contingencia profesional (accidente de trabajo o enfermedad profesional). Las mutuas suelen prestar este servicio con recursos propios, por lo que han desarrollado servicios médicos bastante competentes para la atención de algunas patologías relacionadas con los accidentes más frecuentes (p.ej. traumatología). Las especialidades que no cubren con recursos propios las conciertan con la sanidad pública o privada, de acuerdo con criterios que establece la propia mutua y en los que el INSS, en principio, no entra. Junto a la atención sanitaria, también cuenta con la atribución de dar altas y bajas por estas contingencias.

1.2. Prestación económica

Las prestaciones económicas que tengan su origen en un accidente de trabajo o enfermedad profesional son abonadas por las mutuas a los beneficiarios bajo la fórmula denominada de pago delegado. Estas prestaciones son las tradicionales del sistema de seguridad social (subsidio de baja, pensiones de invalidez en sus varios grados, indemnización de lesiones permanentes no invalidantes e indemnización a tanto alzado por incapacidad permanente parcial) y su cuantía y forma de reconocimiento está legalmente determinada. Las pensiones por invalidez, se abonan por el INSS, capitalizando la mutua su coste en el citado organismo.

1.3. Prestaciones para la prevención de riesgos laborales

En el ámbito de su actuación en la gestión de las contingencias profesionales, las mutuas han venido desempeñando tradicionalmente diversas actividades para la prevención de riesgos laborales. Esta «ampliación» de su ámbito de actuación es bastante lógica: las mutuas pagan las prestaciones derivadas de los accidentes de trabajo y ello les ha ido especializando progresivamente, de tal forma que con el tiempo han ampliado su campo de intervención tradicional, hacia otro tipo de actividades preventivas. También la propia competencia

entre ellas, ha producido un desarrollo de sus servicios, sobre todo de los que prestan a las empresas más grandes («mejores clientes»), ya que son éstas las que solicitan mayores prestaciones de las mutuas, sea por propia iniciativa, sea por la presión realizada por los sindicatos y los Comités de Empresa.

De este modo, las mutuas han ido prestando a las empresas, desde hace muchos años, asesoramiento en materia de prevención de riesgos, a la vez que consolidaban sus departamentos de prevención y adquirían una experiencia en la materia. Este desarrollo no ha sido igual para todas las mutuas, de modo que unas más que otras han potenciado esta faceta de sus actividades. Este patrimonio de experiencia y de recursos humanos y materiales es el que las hace especialmente idóneas para actuar como servicios de prevención externos para las PYMEs, cosa que ha sido reconocido ampliamente por el propio legislador, tanto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales como en el Reglamento de los Servicios de Prevención, en los que se las acreditaba de manera provisional para poder actuar como Servicio de Prevención para aquellas empresas que lo solicitaran.

En la actualidad, por tanto, las mutuas desarrollan dos tipos diferenciados de actividades preventivas:

- a) las que están comprendidas en la cobertura de las contingencias profesionales. Las empresas beneficiarias de estos servicios, serán las de menos de 50 trabajadores, y las que se puedan establecer a través de las directrices emanadas del Ministerio de Trabajo.

En septiembre de 1997, la Asociación de Mutuas (AMAT) y el Ministerio de Trabajo, acordaron un Plan Marco de Prevención de Riesgos Laborales, con vigencia hasta el 31 de diciembre de 1998, en el que se establecían una serie de sectores y empresas a las que se tenía que ofrecer una atención preferente en la prestación de las actividades antes reseñadas.

Dicho Plan debe ser presentado y discutido en las Comisiones de Control y Seguimiento de cada mutua, y trimestralmente se realizará una evaluación sobre su cumplimiento.

- b) las correspondientes a las funciones de servicio de prevención externo.

1.4. Una larga tradición

La función tradicional y más importante que las mutuas vienen históricamente realizando, presenta luces y sombras.

Las mutuas a los largo de los años, han ido desarrollando equipos profesionales e instalaciones cada vez mejores. Pero simultáneamente, aún perviven algunas actitudes y comportamientos que ponen por delante de la visión médica y humana, consideraciones basadas más en el interés económico o empresarial y que en ocasiones fuerzan el acortamiento en la duración de los procesos de baja médica o de recuperación e incluso derivan hacia la Seguridad Social, patologías o daños a la salud que tienen claramente un origen laboral. Esto hace que muchos trabajadores/as tengan un mal concepto de las mutuas, ya que en muchos casos son vistas como el brazo de la empresa en materia de salud y seguridad laboral. Cambiar esta predisposición exige que las propias mutuas desarrollen sus funciones, teniendo en cuenta únicamente criterios técnicos y profesionales, alejados de toda consideración «economicista» o de interés empresarial. Uno de los principales condicionantes en las formas de hacer de las mutuas, se deriva del hecho de que el «cliente», el que decide a que mutua afiliarse, es en exclusiva el empresario o directivo de la empresa, y por tanto se interioriza por las mutuas y por los técnicos que desarrollar actuaciones preventivas que comporten problemas a los «intereses de la empresa», pondrá en peligro la renovación de la póliza en el futuro. Sólo en la medida en que la mutua perciba que los trabajadores además de ser los receptores de gran parte de sus servicios, son también clientes a los que hay que satisfacer, y que en el caso de que sus demandas no sean atendidas correctamente, puede peligrar también la renovación de la póliza, no cambiará de manera generalizada su comportamiento, sobre todo en temas especialmente sensibles o delicados para las empresas. La mutua tendrá que percibir que tiene un doble cliente al que ha de satisfacer mediante la prestación de un servicio cada vez más rigurosamente profesional y eso sólo se puede lograr desde la independencia, y por tanto de lo que se trata ahora, es de romper su dependencia con los empresarios para situarse frente a los nuevos retos que la prevención de riesgos plantea.

La gestión exclusivamente empresarial de las mutuas, y su afiliación a la CEOE, a la que representan en muchos órganos de participación institucional, son elementos que no ayudan al cambio de cultura y actitud que la situación demanda. Justo es decir también, que no todas las mutuas actúan igual y que también aquí se ha producido una evolución positiva a lo largo de los años. Es por ello que los representantes de los trabajadores/as no pueden permanecer ajenos e impasibles ante los servicios y actividades que la mutua realiza en la empresa. Tener un contacto estrecho con los técnicos de la mutua, comentar con ellos los problemas que se perciben, en definitiva, tratar de evitar conflictos innecesarios, que dificulten la colaboración y la participación de los trabajadores en la prevención de riesgos.

2. Gestión de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes

La incapacidad temporal (IT) es la situación legal en que se encuentran los trabajadores/as que por razones de salud no pueden prestar su trabajo. La incapacidad temporal puede deberse a enfermedad común o accidente no laboral, en cuyo caso se habla de IT por contingencias comunes, o bien a accidente de trabajo o enfermedad profesional, siendo en este caso la IT por contingencias profesionales. Ya hemos visto en el apartado anterior que las mutuas llevan años gestionando de manera muy amplia la IT por contingencias profesionales. En este apartado nos vamos a referir exclusivamente a la gestión de la IT por contingencias comunes, que constituye la novedad introducida por el art. 35 de la Ley 42/1994 de 30 de diciembre.

Hasta la promulgación de esta reforma, la gestión de la IT se realizaba exclusivamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o en casos excepcionales, por las empresas que reunían unas determinadas características, en régimen de colaboración voluntaria. La Ley 42/1994 autoriza a las mutuas a realizar la gestión de la prestación económica de la IT para los trabajadores de sus empresas afiliadas. Desde el punto de vista del número de trabajadores afiliados en la actualidad, las mutuas son las entidades que, después del propio INSS, más IT gestionan. La tendencia apunta hacia un incremento del peso específico de la mutuas en la gestión del IT, en detrimento del INSS, ya que existen acuerdos entre la Asociación de Mutuas y el Ministerio de Trabajo que obligan a incrementar progresivamente el número de trabajadores cubiertos en IT por mutuas.

2.1. Rasgos generales de la gestión

La atribución a la mutua de la gestión de la IT se realiza a petición del empresario, y su prestación es obligatoria para la mutua. Esa petición (opción, en el lenguaje del RD 1993/1995) la debe realizar el empresario en el momento de formalizar con la mutua la cobertura de las contingencias profesionales y va unida a la vigencia de la misma. Por lo tanto su atribución se realiza por el periodo de un año, prorrogable automáticamente.

Como se ve, la decisión de contratar la cobertura de la IT con la mutua la adopta el empresario en exclusiva, aunque en el momento de formalizar la cobertura tiene la obligación de entregar un informe emitido al efecto por el comité de empresa o delegados de personal, salvo que no existieran dichos órganos por no exigirlo la normativa aplicable. El informe en cuestión es preceptivo, pero no vinculante.

La consecuencia de la formalización del acuerdo es que la mutua asume el pago de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, el coste de las gestiones administrativas que realice en relación con estas prestaciones y el coste de los controles médicos «de comprobación de la incapacidad temporal» que se le permite hacer a tenor de los dispuesto en el RD 575/1997, arts. 3, 4 y 6.

Como contrapartida, las mutuas percibirán a través de la Tesorería General de la Seguridad Social una fracción de la cuota. La Orden de 26 de Enero de 1998, ha fijado esa fracción en un 5,5% de la cuota integra de la Seguridad Social. De este porcentaje, un punto procede de la cotización aportada por el trabajador.

Las competencias del médico de cabecera y de la Inspección Médica en materia de altas y bajas, también han sido modificadas. La Ley 66/1997, de 30 de diciembre, abre la posibilidad legal de expedir el alta médica a efectos económicos a los médicos adscritos al INSS.

La trascendencia de esta medida puede ser muy importante, ya que establece la separación entre alta médica y alta económica, pone en entredicho las hasta ahora competencias exclusivas del Sistema Sanitario Público, y equilibra competencias entre médicos de Administraciones diferentes.

Las competencias de las mutuas, salvo que en el desarrollo reglamentario pendiente se establezca otra cosa no alcanzan a la expedición de altas y bajas en enfermedad común tal y como seguramente las mutuas, y sobre todo los empresarios, pretenden, aunque si pueden realizar propuestas de alta a los médicos del sistema público de salud que son los que en última instancia deciden. Lo que asumen las mutuas son los actos de gestión, que se concretan en el reconocimiento, denegación, suspensión, anulación o extinción del derecho al subsidio, además del pago del mismo. Respecto de estos actos, entendemos que el hecho de que los realicen el INSS o las mutuas, es relativamente intrascendente, ya que se trata de actos reglados sin margen apenas de discrecionalidad y sometidos al control de la jurisdicción social. El contenido de dichos actos viene en gran parte precondicionado por unas normas que obligan igual al INSS y a las mutuas, y que son interpretadas de forma unitaria por la jurisprudencia social, por lo que no cabe esperar grandes diferencias en estos aspectos de la gestión.

Lo preocupante de que las mutuas gestionen la IT no reside, por tanto, en la realización de estos actos, sino en algunos aspectos «colaterales» de la gestión como:

- a) la posibilidad de realizar reconocimientos médicos a los trabajadores en baja

- b) la posibilidad de realizar actuaciones sanitarias tales como, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

Vamos a dedicar un apartado a cada uno de estos aspectos.

2.2. *Los reconocimientos médicos a los trabajadores en baja*

Las mutuas pueden disponer que los trabajadores (para los que gestionan la IT) que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por sus servicios médicos. La negativa infundada del trabajador a someterse a estos reconocimientos puede dar lugar a la expedición de una «propuesta de alta» que, por sí sola, no surte efectos. Esta propuesta se remite, a través de la Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud, al médico de cabecera, para que se pronuncie respecto de la misma. Si éste no lo hace, la Inspección Médica, si lo considera conveniente, puede acordar el alta (o la continuación de la baja). Es decir, la facultad de formular «propuestas de alta» no altera la competencia del Sistema Público de Salud de dar altas y bajas por contingencias comunes.

El antecedente de la actual facultad de los médicos de las mutuas para practicar reconocimientos médicos a los trabajadores de baja es el art. 73 del RD 1993/1995, que por primera vez reconoció esa posibilidad. La regulación de la competencia (regulación que es idéntica para todas las entidades que gestionan la prestación), se encuentra en el RD 575/1997, que fija algunos límites y condiciones.

En primer lugar, los reconocimientos médicos de la mutua sólo pueden practicarse a partir del día 16 de baja, que es el día en el cual la entidad que gestiona la IT asume el gasto del subsidio (antes lo paga la empresa). En los primeros 15 días, los reconocimientos médicos se pueden realizar a instancia del empresario, por lo dispuesto en el art. 20.4 del ET. En ambos casos se ha de cumplir rigurosamente con la obligación de guardar la confidencialidad de los datos médicos de la persona.

Además, los reconocimientos médicos deben basarse en los datos que fundamentan el parte médico de baja y los partes de confirmación de baja, así como en los derivados específicamente de los ulteriores reconocimientos y dictámenes realizados por el personal médico del SNS y/o de la mutua. Para que los reconocimientos médicos cuenten con el mayor respaldo técnico, se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones tablas de duración media de las distintas patologías susceptibles de generar incapacidades (RD 575/1997, art. 3).

2.3. *Actuaciones sanitarias de urgencias de las mutuas*

Además de los reconocimientos médicos que hemos visto hasta ahora, las mutuas podrán realizar pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas cuando se produzcan retrasos (por lista de espera) del sistema sanitario. Se exige que se cumplan tres condiciones: prescripción de la prueba diagnóstica o de la intervención quirúrgica por parte de los médicos del Servicio Público de Salud, acreditación de las instalaciones donde se realizará y consentimiento informado, es decir voluntariedad, del interesado. Sin cualquiera de estos requisitos no se podrá realizar actuación sanitaria alguna, de tal manera que si no hay consentimiento del interesado no existirá ninguna penalización. El claro reconocimiento del carácter voluntario para el trabajador de someterse a estas actuaciones sanitarias es, desde el punto de vista de los derechos individuales, garantía suficiente como para no mirar con suspicacia esta facultad de la mutua. Sin embargo, desde el punto de vista colectivo, no se pueden obviar los peligros de privatización de la sanidad implícitos en ella.

Las autoridades sanitarias, están firmando acuerdos con las mutuas, por los que se establecen las contraprestaciones económicas que se devengarán por las pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas que realicen las mutuas.

2.4. *Un peligro individual y colectivo*

Las razones aducidas por los sucesivos gobiernos, para justificar el establecimiento de una reforma de estas características se circunscriben a dos fundamentalmente: la incapacidad del sistema sanitario público para atajar un presunto fraude a la Seguridad Social en la prolongación del tiempo de baja por enfermedad de origen común; y la ineficacia del sistema sanitario para lograr acelerar los procesos diagnósticos y de intervención de los pacientes, lo que determina bajas laborales prolongadas más de lo hipotéticamente razonable.

Si profundizáramos en los datos disponibles acerca de las duraciones medias de las bajas laborales en función de los diferentes regímenes de cotización, nos encontraríamos con algunos datos reveladores.

Según datos oficiales del INSS, en 1995 la duración media de bajas por IT de carácter común fue la siguiente:

Trabajadores por cuenta ajena de régimen general	44 días
Autónomos	125 días

Agrarios por cuenta propia	190 días
Trabajadores del mar	78 días
Trabajadores del carbón	63 días

Como se observa fácilmente, es en los colectivos de trabajadores no asalariados, donde se producen las mayores duraciones en las Incapacidades Temporales. Trasladar por tanto a los asalariados del INSS a la mutua, no va a tener efectos económicos relevantes para el equilibrio financiero del «sistema».

La Ley 66/1997 de 30 de Diciembre establece que «los trabajadores por cuenta propia que a partir de la entrada en vigor de esta Ley, soliciten el alta en el correspondiente régimen de Seguridad Social y opten por acogerse a la cobertura de Incapacidad Temporal, deberán formalizar la misma con una Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social». Esta modificación, trata de corregir la situación que se había producido con la reforma de 1994, ya que prácticamente ningún autónomo había transferido de manera voluntaria su gestión de IT a una mutua. Con lo que se producía la paradoja, de que los colectivos más deficitarios siguieran en el INSS, y en cambio, los que tenían unas duraciones medias mucho menores, se trasladaran a las mutuas.

Además de nuestra oposición de fondo a la reforma y de nuestras dudas sobre su eficacia en la consecución de sus objetivos confesados, hay aspectos concretos de la misma que representan riesgos importantes que debemos conocer y en la medida de nuestras fuerzas evitar que sucedan.

El primero y más importante de ellos es el de que las mutuas realicen una gestión policial del control de las incapacidades temporales, bajo la premisa de que debajo de cada trabajador enfermo hay un simulador o defraudador. La justificación del Gobierno basada en la reducción del déficit y en los abultados datos del absentismo laboral parecen apuntar hacia esa dirección. Asimismo los empresarios, que por el momento son los que tienen la potestad de elegir mutua y de trasladarle la gestión de las IT, van a presionar sobre todo para que se les reduzca la duración media de las bajas por enfermedad. Las mutuas, por su parte, ya están asumiendo, en su política comercial de captación de «clientes», el compromiso de reducir sustancialmente las cifras medias de absentismo. Asimismo, varias de ellas han recurrido a la subcontratación con empresas privadas especializadas en gestión de IT, cuyo trabajo se basa más en la aplicación de todo tipo de presiones e intimidaciones a los trabajadores enfermos, para que adelanten su incorporación al trabajo, que en la mejora de la atención médica y humana.

Recurrir de manera generalizada a la subcontratación con la sanidad privada para realizar la gestión sanitaria de la IT que la nueva normativa autori-

za, es otro de los problemas importantes que podemos encontrarnos. Mientras las mutuas utilicen sus propias instalaciones médicas o las del sistema público para realizar las pruebas diagnósticas o las intervenciones quirúrgicas que correspondan, no se estará produciendo una privatización sanitaria encubierta. Pero si más allá de los casos extraordinarios justificables, las mutuas conciertan con la sanidad privada gran parte de sus actividades médicas, sí que estaremos en condiciones de denunciar que se está produciendo una privatización de la sanidad pública, sirviendo las mutuas únicamente de intermediarias en el proceso.

Desde una óptica de defensa de la sanidad pública, estas medidas, probablemente, suponen la agresión más seria y organizada que se pudiera llevar a cabo contra el sistema público de salud, ya que en la práctica lo que se produce es una ruptura del modelo actual, conformándose una doble vía de asistencia. Por un lado una «preferente para todo ciudadano activo y cotizante, y por otra una vía discriminatoria y de segunda, en la que ya no importan los retrasos ni las ineficiencias, para niños y jóvenes, ancianos, amas de casa, parados, deficientes, incapacitados permanentes, enfermos crónicos, de larga o difícil curación, emigrantes y quienes precisen de costosas y arriesgadas intervenciones. En definitiva un nuevo modelo en el que son «preferentes» sanitariamente los económicamente rentables para el sistema económico, y por ello se les saca del Servicio Público, aunque éste pudiera quedar como residual y debilitado económicamente, para todos los colectivos mencionados más arriba.

El tercer gran riesgo se deriva de los anteriores, ya que una mala práctica en la gestión de la IT repercutiría muy negativamente en los servicios de prevención que las mutuas deben prestar, pues introduciría elementos de desconfianza y hostilidad entre los trabajadores y las mutuas, y también favorecería el conflicto permanente con los propios sindicatos. Todo ello abundaría en una pérdida de legitimidad de las mutuas que podría poner en cuestión su propio futuro.

No es la gestión de la IT la razón de ser que legitima la existencia de las mutuas en España. La especificidad de unas instituciones tan peculiares como éstas radica en la gestión global de los riesgos laborales. Toda actividad que entre en contradicción o que perjudique lo que es consustancial a las mutuas, las está desestabilizando.

Hacer frente simultáneamente al reto de poner en marcha la actividad de los servicios de prevención, realizar las actividades a las PyMES con cargo a cotizaciones de AT y EP y gestionar la IT es muy complicado. Para nosotros, la prioridad es muy clara. Si hay dificultades para simultanear todas estas funciones, y la experiencia de los últimos meses así nos lo indica, hay que prio-

rizar las actividades y servicios de prevención. La gestión de la IT, con todas las mejoras y reformas que requiera, puede seguir realizándola el INSS y los Servicios Públicos de Salud. En cambio para la prevención de riesgos laborales no existe actualmente ninguna alternativa posible. En éste terreno y en relación con las pequeñas y medianas empresas, lo que no hagan las mutuas no lo hará nadie.

3. Las Mutuas como Servicios de Prevención

3.1. *Habilitación legal*

La posibilidad de que las mutuas desarrollen, para las empresas a ellas asociadas y sólo para ellas, las funciones correspondientes a los servicios de prevención, está expresamente contemplada en el art. 32 de la LPRL.

Las razones de esta delimitación del campo de actuación de las mutuas como Servicios de Prevención Externos se pueden intuir:

- a) respecto de la posibilidad de **desempeñar el servicio para sus empresas afiliadas**, el legislador ha optado claramente por implicar en profundidad a las mutuas en la prevención de riesgos, dando reconocimiento legal al papel que llevaban años desarrollando en la práctica, con mayor o menor acierto e intensidad. Otra buena razón para dar cancha a las mutuas es su importante capacidad para llegar a las pequeñas y medianas empresas, que de no haberse habilitado las mutuas se habrían quedado probablemente al margen de la profesionalización de las actividades de prevención auspiciada por la LPRL. Estas dos consideraciones, unidas al carácter semi-público de las Mutuas y a la posibilidad de controlar en cierta medida sus actuaciones, han aconsejado eliminar, para las mutuas, el requisito, exigido en los demás casos, de total independencia del servicio de prevención externo respecto de la empresa que lo contrata.
- b) respecto de la **prohibición de actuar como servicio de prevención para las empresas no asociadas**, se puede decir que su propia naturaleza «mutual» (empresarios que se asocian para mejor cumplir determinadas obligaciones) es un obstáculo para la prestación de servicios a empresas no asociadas. La prohibición del ánimo de lucro y, probablemente, la voluntad de impedir un recrudecimiento de la competencia entre mutuas son otras posibles explicaciones de esta limitación.

3.2. Acreditación

La habilitación legal que reciben las mutuas para actuar como Servicio de Prevención Ajeno no es un cheque en blanco y no las libra de la necesidad de acreditarse para poder desempeñar dicho servicio. Esto es consecuencia de los artículos. 32 de la LPRL y 22 del RSP (RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención).

La acreditación de los Servicios de Prevención externos es un procedimiento pensado para que la entidad que quiere ponerlos en marcha proporcione a la autoridad laboral (y a la sanitaria para los aspectos que son de su competencia) toda la información sobre cómo piensa realizar la actividad (lo que se llama proyecto), para que las autoridades valoren por un lado la calidad del proyecto (control a priori) y por otro el nivel de cumplimiento y eficacia del mismo (control a posteriori). Las deficiencias detectadas pueden determinar, según el momento en el que se pongan de manifiesto, la denegación de la acreditación o la suspensión/revocación de la misma.

El procedimiento para obtener la acreditación ha sido desarrollado en el Reglamento de Servicios de Prevención y en la Orden de 27 de junio de 1997. Ya que hemos visto que las mutuas deben someterse a este trámite, veamos cuales son sus pasos.

Para poder aspirar a la acreditación, la mutua ha de disponer, como mínimo, de un experto en cada una de las siguientes disciplinas: Medicina del Trabajo o Medicina de Empresa, Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial, Ergonomía y Psicología Aplicada. Además debe contar con un ATS/DUE de empresa. La dedicación de cada uno de estos profesionales dependerá de la actividad preventiva que vaya a desarrollar.

En cuanto a locales, instalaciones, aparatos y equipos, debe contar con recursos «suficientes y adecuados» a las actividades que pretende desarrollar.

Estas prescripciones, como se ve, son muy genéricas. Además las mismas normas que las contemplan prevén excepciones (no necesidad de un recurso si no se prevé hacer uso normal de él).

Por ello, se puede decir que la pieza básica del procedimiento de acreditación es la solicitud de la propia entidad que pretende acreditarse, ya que esa solicitud debe ir acompañada de un proyecto en el que las genéricas prescripciones legales deben acotarse con mucha más precisión. En el proyecto la entidad debe expresar pormenorizadamente:

- **Qué actividades concretas, dentro del amplio campo de la prevención, quiere y puede llevar a cabo.** La entidad debe declarar, por ejemplo, si está en condiciones de actuar en materia de protección contra incendios, o de

agentes biológicos, o de diseño ergonómico de los puestos de trabajo... etc.

- ***Dónde se van a realizar las actividades*** (ámbito territorial) **y en qué sector de actividad económica** (a qué tipo de empresas se ofrecerá el servicio). Además, hay que incluir una previsión sobre el número de empresas y volumen de trabajadores (especificando su distribución territorial). La entidad debe declarar si piensa, por ejemplo, abarcar sólo empresas de servicios, o si por el contrario pretende dedicarse a empresas de diferentes sectores, pero con alguna exclusión (por ejemplo, todas las empresas, excepto las que trabajen con radiaciones ionizantes) o si se considera capacitada para ofrecer el servicio a cualquier empresa que se lo pida, sin ninguna exclusión. Del mismo modo, deberá decir si piensa trabajar sólo en una provincia, o en varias Comunidades Autónomas, o en todo el Estado.
- ***Con qué recursos humanos cuentan para ejecutar esas funciones en número y cualificación.*** En el proyecto sí que se requiere que la entidad especifique cuánto personal tiene con formación de nivel superior, intermedio o básico, la especialidad y el curriculum de cada uno, su dedicación horaria y el plan de trabajo previsto con esa dotación de personal. Si además se piensa actuar en diferentes Comunidades Autónomas, habrá que indicar las personas que van a participar en cada territorio, así como su dedicación horaria.
- ***De qué medios dispone.*** Se debe incluir una descripción de los locales e instalaciones, especificando su ubicación, así como los medios instrumentales, aparatos y equipos.
- ***Qué recursos externos necesitará.*** La entidad debe detallar en qué casos tendrá que recurrir a la subcontratación de actividades, a qué profesionales y entidades tiene intención de subcontratar y qué capacidad, medios e instalaciones tienen sus potenciales subcontratistas.

De esta forma, la mutua o cualquier otra entidad que pretenda acreditarse como Servicio de Prevención Externo, mediante el «Proyecto» se va haciendo una especie de traje a medida, pues ella misma auto-determinará qué va a hacer, para quién y cómo. La Autoridad Laboral (con el auxilio de la Sanitaria) comprobará que el proyecto es lógico, coherente y adecuado, y si lo es concederá la acreditación. A partir de ese momento el proyecto se convierte en el grillete de la entidad. Si la mutua ha dicho que tiene un sonómetro, lo debe tener y no puede venderlo. Si ha dicho que tiene un químico a jornada completa, no puede deshacerse de él o cambiarlo por un médico. Si ha dicho que va a actuar en la Provincia de Valencia, no puede actuar como

Servicio de Prevención de una empresa de Castellón. Si ha dicho que no tiene instrumental ni medios para hacer un estudio ergonómico de los puestos de trabajo, no podrá actuar como Servicio de Prevención de una empresa que tiene una alta incidencia de lesiones osteomusculares.

Desde la administración sanitaria, se ha elaborado una Orden que establece los criterios que deben de cumplir los Servicios de Prevención ajenos para ser acreditados. Obviamente se refieren a los recursos mínimos para la actividad sanitaria, y en él se establecen tanto los ratios de los recursos humanos necesarios en función de la población a vigilar y de los riesgos existentes, como las instalaciones y medios técnicos exigibles.

3.3. Control posterior a la acreditación

Como hemos visto, la acreditación obliga a la entidad al cumplimiento del proyecto. De hecho, la acreditación habilita para hacer nada más y nada menos que lo que pone el proyecto. Cualquier modificación del mismo, o de las condiciones expresadas en el mismo, deberá ser comunicada a la autoridad que concedió la autorización. La Autoridad Laboral (y la Sanitaria para los aspectos que son de su competencia), deberá verificar la permanencia de las condiciones de acreditación, comprobar el cabal cumplimiento del proyecto y requerir la corrección de las deficiencias observadas. Si se observan deficiencias, irregularidades o incumplimientos, se puede suspender, total o parcialmente, la acreditación concedida.

3.4. Disposiciones específicas para mutuas

Todo lo que se ha dicho hasta ahora sobre la acreditación, no es de aplicación exclusiva a las mutuas, ya que afecta a cualquier entidad que pretenda actuar como Servicio de Prevención Externo.

Sin embargo, el carácter semi-público de las mutuas, su naturaleza de entidades colaboradoras de la Seguridad Social, la extensión de su posible colaboración con la Seguridad Social, la titularidad pública de su patrimonio han aconsejado al legislador establecer algunas normas adicionales de obligado cumplimiento en el caso de que actúen como servicios de prevención.

Estas normas se encuentran en la Orden de 22 de abril de 1997 (BOE 24-4-1997), cuyos puntos principales son los siguientes:

- El acreditarse como servicio de prevención es voluntario para la mutua.

- El servicio de prevención sólo es para los empresarios asociados (art. 1 y 7 de la Orden).
- Las mutuas podrán realizar aquellas actividades para las que las habilite su acreditación.
- Las mutuas deben presentar copia de su solicitud y proyecto de acreditación a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- Al mismo Organismo deberán comunicar las resoluciones de autorización provisional, definitiva o de extinción de la autorización concedida para actuar como servicios de prevención.
- Las mutuas podrán actuar como Servicios de Prevención sólo si previamente han suscrito un concierto, en el que se hará constar la contraprestación económica aplicable por la prestación del servicio, así como la forma y condiciones de pago.
- Se velará para que la organización de las actividades preventivistas de las mutuas no resulte desnaturalizada por el desempeño de otros cometidos atribuidos a las mismas.
- Por las actividades que realizan como Servicios de Prevención (DA 13ª LPRL) las mutuas perciben, procedente del Fondo de Prevención y Rehabilitación, una cantidad que se determina reglamentariamente, y que para 1997 asciende a 500 pesetas por cada trabajador protegido a fecha 31-12-1996.
- Las mutuas pueden utilizar sus medios humanos y materiales tanto para la gestión de las contingencias profesionales como para la realización de las funciones de servicio de prevención, sin embargo deberán imputar a la cuenta de gastos de cada una de las dos actividades el porcentaje de uso de sus recursos a ella correspondiente. Esta posible utilización compartida no puede perjudicar la solvencia y eficacia de la mutua en la gestión de contingencias y prestaciones de la Seguridad Social (están incluidas la IT y las contingencias profesionales). Si la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social considera que se produce dicho perjuicio dictará Resolución, previa incoación del oportuno expediente, disponiendo el cese en la utilización de medios. Esta Resolución será comunicada a la autoridad laboral que concedió la acreditación.

3.5. *Tres años de asesoramiento preventivo*

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha supuesto un cambio fundamental en el marco normativo español de la salud y seguridad en el traba-

jo, hasta el punto de que sin temor a exagerar podemos hablar de un antes y un después.

Entre las grandes novedades que aporta la nueva Ley está, sin lugar a dudas, la concepción de la prevención como eje articulador de todas las actuaciones en salud laboral.

Prevenir los riesgos se convierte por tanto en una obligación empresarial, que debe ser llevada a cabo contando con la participación de los trabajadores/as, y dotándose del asesoramiento técnico necesario. Este asesoramiento técnico es el que prestará el Servicio de Prevención sea cual sea la modalidad elegida.

El primer resultado de esto deberá traer un incremento de los efectivos humanos y de las entidades acreditadas.

Las mutuas se encuentran en una inmejorable posición para convertirse en las principales proveedoras de servicios de prevención en las pequeñas y medianas empresas. Su experiencia, conocimiento de las empresas, recursos técnicos y humanos, solvencia económica, etc, debería de ser aprovechada para hacer frente al importantísimo desafío que la Ley de Salud Laboral comporta.

El propio acuerdo firmado a finales de 1997 entre el Ministerio de Trabajo y la Asociación de mutuas, dirigido a realizar diversas actividades preventivas en las pequeñas empresas y especialmente en las más afectadas por la siniestralidad, supone el reconocimiento de que las mutuas constituyen el recurso más importante para dinamizar la prevención entre las PyMEs de nuestro país. Su carácter semipúblico, los incipientes mecanismos de democratización y participación sindical en su gestión, también ofrecen mayores garantías en su actuación. Por el contrario en los Servicios de Prevención externos que de manera privada se están montando, no se da ninguna de estas características.

Ahora bien, la experiencia que tenemos hasta ahora, no es todo lo positiva que quisiéramos. Junto a una excesiva tardanza en definir una estrategia acerca del modelo de prevención que iban a ofrecer a las empresas, e incluso con dudas sobre la oportunidad de constituirse en Servicios de Prevención acreditados, hemos asistido a importantes retrasos en los procesos de acreditación oficial, derivados en parte de la falta del personal técnico que se exige y que las mutuas —salvo excepciones— están contratando con cuenta gotas.

Superada muy recientemente esta etapa de acreditación, nos encontramos con un problema aún más serio que el anterior, que esta viciando seriamente las responsabilidades que la ley otorga a los Servicios de Prevención. *Una brutal competencia entre mutuas para conseguir «clientes», basada en el ofrecimiento gratuito o semigratuito de las actividades preventivas a las que*

la ley obliga, pero devaluándolas seriamente, al convertirlas en la mayor parte de los casos en el mero acopio de documentos y formalismos que en el mejor de los casos suponen un cumplimiento burocrático de la ley (evaluaciones de riesgos y planes de prevención) pero que en nada mejoran las condiciones reales de las empresas en materia de salud y seguridad.

Sería de desear que las mutuas alcanzaran un cierto acuerdo entre ellas para evitar esta devaluación de los recursos de prevención, que en todo caso, puede ser pan para hoy, pero seguro que será hambre para mañana, al precio de haber convertido la prevención y las obligaciones que de ella se derivan, más en un fin en sí misma que nos salve de una posible visita del Inspector de Trabajo, que de un instrumento para evitar los daños en la salud de los trabajadores y trabajadoras.

Ya en su día fue muy preocupante la diferencia de estrategia y de iniciativa de las mutuas en la gestión de la Incapacidad Temporal y de los Servicios de Prevención. Mientras que en la primera han asumido una mayor claridad de ideas y dinamismo, en la segunda se ha producido lo descrito anteriormente. Pero conviene recordar que mientras que la gestión de la IT viene siendo históricamente ejercida por el INSS y por el Sistema Sanitario Público, y podría y debería seguir siendo responsabilidad de ambos, la actividad preventiva no cuenta, y previsiblemente no contará, con ninguna alternativa solvente que la sustituya.

Las incompatibilidades funcionales que supone hacer frente a desafíos tan importantes, puesto que estamos hablando de casi un millón de empresas y más de nueve millones de trabajadores, debería de hacer reflexionar a quien está legislando y a las propias mutuas. Un fracaso en materia preventiva, supondría el propio fracaso de la Ley de Salud Laboral y condenaría a España a seguir ostentando el triste privilegio de ser el país europeo con peores indicadores en materia de salud y seguridad en el trabajo. Pero además conllevaría la puesta en cuestión del propio modelo «mutual», puesto que su único sentido y legitimidad de existencia, radica en su especialización en salud laboral.

ALGUNAS IDEAS PARA MEJORAR Y DEMOCRATIZAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS MUTUAS

A lo largo de estas páginas hemos tenido ocasión de comprobar la importancia que las mutuas han adquirido. Durante mucho tiempo desde el movimiento sindical, y desde las opciones políticas progresivas se ha carecido de ideas y alternativas para reformarlas y situarlas ante retos y condiciones sociales muy diferentes de las que dieron lugar a su crecimiento y legitimación.

Es cierto que en los últimos años se ha producido un acercamiento y colaboración entre mutuas y sindicatos muy positiva, pero mejorable.

El modelo mutual está fuertemente consolidado en España y esa es una realidad que no sólo no se debe desconocer, sino que debe ser plenamente aprovechada en todas sus potencialidades. En ese camino hay aspectos de modelo y de funcionamiento que deben reformarse, si queremos que las mutuas se encaminen como instituciones plenamente democráticas hacia el siglo XXI.

1. La gestión paritaria de las mutuas

Las mutuas deben ser entidades técnicas, independientes y profesionalizadas, capaces de actuar con eficacia en la empresa y con los trabajadores y trabajadoras que finalmente son los principales destinatarios y usuarios de sus servicios.

Ello exige como es natural que en paralelo a los cambios funcionales y normativos que se vienen produciendo, se modifiquen también los esquemas de gestión de estas entidades.

Si por un lado se gestionan recursos y prestaciones públicas, en régimen de colaboración con la Seguridad Social (AT y EP, IT por contingencias comunes) no es sostenible la situación actual de gestión exclusivamente empresarial. La evolución que estas entidades han conocido a lo largo de los años, hasta convertirlas en atípicas instituciones de carácter semipúblico, exigen su democratización y pleno encaje dentro del sistema público.

La gestión paritaria entre empresarios y sindicatos se convierte de esa manera en un irrenunciable objetivo, que contribuiría definitivamente además de a la democratización de su funcionamiento, a clarificar su propio futuro. La experiencia de las Comisiones de Control y Seguimiento es un paso importante pero insuficiente.

2. La codecisión

La competencia exclusiva del empresario en decidir la opción de la mutua a la que afiliarse, produce un sesgo en la actuación de la mutua, muy difícil de evitar debido a la relación comercial que se establece en exclusiva entre empresario y mutua. Esta relación clientelar provoca que sean las demandas explicitadas o intuidas de éste, las que tienden a satisfacer frente a las generadas por las propias condiciones de trabajo.

Cambiar esto es fundamental, para cambiar la propia lógica y cultura histórica de las mutuas. Ello exige que la decisión de afiliarse a una mutua sea adoptada en el seno del comité de seguridad y salud entre delegados de prevención y empresa, para que la mutua entienda claramente que debe atender a un doble cliente y por tanto la ayudará más a realizar su trabajo con independencia y criterios exclusivamente profesionales. El espíritu y la letra de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y de las nuevas competencias atribuidas a las mutuas en la gestión de prestaciones sociales, exigen esta modificación, que inducirá cambios muy sustanciales. La competencia entre mutuas se basaría en la calidad y cantidad de los recursos y los servicios que ofrece, y en su disponibilidad para adaptarse a los requerimientos y demandas de los nuevos tiempos. Existen ya actualmente ejemplos de empresas importantes en las que se funciona con este criterio, y los resultados del trabajo y actitud de las mutuas son muy positivos y significativos. Ello demuestra, que más que buenas o malas mutuas, lo que existe fundamentalmente son mutuas condicionadas por su dependencia con el empresario, y mutuas que por el contrario ya no tienen esa dependencia exclusiva, y por tanto se encuentran en óptimas condiciones para cumplir con su cometido de la manera más autónoma y profesional que sus conocimientos y recursos le permiten.

Finalmente sería deseable que la sociedad conociera mejor el papel de las mutuas y su funcionamiento como entidades colaboradoras de la seguridad social, ya que sería más difícil llevar adelante algunos de los intentos privatizadores que desde algunos sectores económicos y financieros se alienta. El volumen de los recursos que gestionan y el papel que juegan en el mundo del trabajo son lo suficientemente importantes, para que desde los sectores sociales y políticos más progresistas se reflexione abiertamente sobre el presente y el futuro de las mutuas en nuestro sistema de protección social.

Bibliografía

NORMAS SOBRE MUTUAS

RÉGIMEN DE BIENES DE LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

1/2/80 REAL DECRETO 255/1980 De 1 De Febrero, Arts. nº s 3 Y 5

2/6/80 ORDEN de 2 de Junio de 1980 sobre ingreso del exceso de los excedentes de gestión destinado a los fines generales de prevención y rehabilitación.

9/10/92 DECRETO 1221/1992 de 9 de Octubre sobre el patrimonio de la Seguridad Social.

SEGUIMIENTO Y CONTROL

- 2/8/95 ORDEN de 2 de agosto de 1995 por la que se aprueba la composición de las Comisiones de Control y Seguimiento en la gestión desarrollada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, así como el Reglamento de Régimen y Funcionamiento de las mismas.
- 14/11/95 RESOLUCIÓN de 14 de noviembre de 1995 mediante la que se dictan normas de aplicación y desarrollo de la Orden de 2 de agosto de 1995 anterior.

COLABORACIÓN

- 7/12/95 REAL DECRETO 1993/1995 de 7 de diciembre que aprueba el REGLAMENTO sobre Colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- 21/2/97 REAL DECRETO 250/1997, de 21 de febrero, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, y el Reglamento general sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 84/1996, de 26 de enero.
- 18/4/97 REAL DECRETO 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.
- 18/4/97 REAL DECRETO 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- 19/6/97 ORDEN de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la seguridad Social por incapacidad temporal.
- 6/4/83 ORDEN de 6 de abril de 1983 por la que se regula el Sistema de control de la incapacidad laboral transitoria.

CONTABILIDAD

- 31/12/76 DECRETO 3261/1976 de 31 de diciembre que aprueba el Plan de Contabilidad del Sistema de la Seguridad Social.
- 27/12/96 RESOLUCIÓN de 27 de diciembre de 1996 por la que se introducen determinadas modificaciones en el Plan de Contabilidad vigente para las Mutuas

- de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 3261/1976, de 31 de diciembre.
- 29/5/96 RESOLUCIÓN de 29 de mayo de 1996 por la que se dictan instrucciones para la aplicación en el ejercicio 1995 de lo dispuesto en el artículo 65 del Reglamento sobre Colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre.
- 4/12/96 ORDEN de 4 de diciembre de 1996 por la que se regulan las operaciones de cierre del ejercicio 1996 y se determina la documentación contable que ha de rendirse por los agentes del Sistema de la Seguridad Social.
- 25/6/97 RESOLUCIÓN de 25 de Junio de 1997 por la que se establecen los procedimientos contables para el Registro por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, de las operaciones relativas a deudas con la Seguridad Social, que hayan sido objeto de aplazamiento y fraccionamiento de pago, o para las que se haya iniciado el procedimiento ejecutivo de cobro.
- 27/6/97 ORDEN de 27 de Junio de 1997 sobre dotación de reservas de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- 30/12/96 RESOLUCIÓN de 30 de diciembre de 1996 por la que se dictan instrucciones en relación con la presentación por parte de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, de la documentación prevista en el apartado 4.3.9 de la Orden de 4 de diciembre de 1996.

LIMITACIÓN GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y DE COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN

- 15/3/90 ORDEN de 15 de marzo de 1990 sobre medidas referentes a gastos de administración, en los supuestos de fusiones y absorciones.
- 18/1/95 ORDEN de 18 de enero de 1995. Disposiciones Adicionales Vigésima Tercera, Vigésima Cuarta y Vigésima Quinta.

INFRACCIONES Y SANCIONES

- 7/4/88 LEY 8/1988 de 7 de abril de Infracciones y Sanciones de Orden Social.
- 11/5/94 LEY 11 de 19 de mayo de 1994 por la que se modifican determinados arts. De la Ley 8/1988 de 7 de abril anterior (arts. 20, 21, 22, 23, 24 y 25).
- 1/3/96 REAL DECRETO 396/1996 de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento sobre Procedimiento para la Imposición de Sanciones por Infracciones en el Orden Social y para la extensión de Actas de Liquidación de Cuotas de la Seguridad Social y corrección de errores.

BAJAS

5/10/81 RESOLUCIÓN de 5 de octubre de 1981 sobre presentación de certificaciones de cese en el aseguramiento de las empresas en una Mutua Patronal.

LIQUIDACIÓN DE FACTURAS AL INSALUD

9/3/81 RESOLUCIÓN de 9 de marzo de 1981 sobre el procedimiento para la liquidación de facturas por prestación sanitaria en centros del Insalud.

3/10/96 CONCIERTO-MARCO DE COOPERACIÓN entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Accidentes Profesionales de la Seguridad Social (A.M.A.T.) para la emisión de informes y prácticas de pruebas médicas y exploraciones complementarias para el examen, calificación y revisión de incapacidades.

ANEXO: POBLACIÓN PROTEGIDA

Contingencias Profesionales	
<i>Denominación</i>	<i>1997</i>
LA PREVISORA	36.157
MIDAT MUTUA	245.880
M. MONTAÑESA	148.727
M. UNIVERSAL MUGENAT	732.652
MAZ	268.201
M. VALENCIANA LEVANTE	221.414
SAT	79.477
REDDIS UNION MUTUAL	79.570
M. VIZCAYA INDUSTRIAL	124.070
M. DE NAVARRA	33.790
M. MUPA	43.543
F.I.M.A.C.	76.647
M.A.T. DE TARRAGONA	53.821
M. INTERCOMARCAL	143.395
PAKEA	71.644
F.R.E.M.A.P.	1.932.048
SOLIMAT	52.100
MUTUA EGARA	90.732
MUTUA DE CEUTA-SMAT	65.180
MUTUAL CYCLOPS	512.060
ASEPEYO	1.496.230
LA FRATERNIDAD	928.596
MUTUA BALEAR	129.529
MUTUA GALLEGA DE A.T.	175.532
MUNAT-GREMIAL CATALANA	72.701
MADIN	160.212
UNION DE MUTUAS	218.115
MUPRESPA-MUPAG-PREVISION	436.151
UNION MUSEBA IBESVICO	212.124
M.A.C.	113.208
IBERMUTUAMUR	692.250
TOTALES	9.645.756

POBLACIÓN PROTEGIDA

Contingencias Comunes	
<i>Denominación</i>	<i>1997</i>
LA PREVISORA	2.583
MIDAT MUTUA	77.252
M. MONTAÑESA	10.415
M. UNIVERSAL MUGENAT	183.618
MAZ	27.844
M. VALENCIANA LEVANTE	29.359
SAT	17.627
REDDIS UNION MUTUAL	8.900
M. VIZCAYA INDUSTRIAL	5.210
M. DE NAVARRA	292
M. MUPA	13.601
F.I.M.A.C.	22.820
M.A.T. DE TARRAGONA	8.015
M. INTERCOMARCAL	13.640
PAKEA	0
F.R.E.M.A.P.	571.644
SOLIMAT	1.256
MUTUA EGARA	5.994
MUTUA DE CEUTA-SMAT	3.564
MUTUAL CYCLOPS	84.730
ASEPEYO	286.827
LA FRATERNIDAD	251.105
MUTUA BALEAR	36.438
MUTUA GALLEGA DE A.T.	59.777
MUNAT-GREMIAL CATALANA	538
MADIN	3.808
UNION DE MUTUAS	60.502
MUPRESA-MUPAG-PREVISION	38.638
UNION MUSEBA IBESVICO	12.220
M.A.C.	14.560
IBERMUTUAMUR	93.275
TOTALES	1.946.052