



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**MEMORIA DEL ANÁLISIS DEL IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE REAL
DECRETO POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO SOBRE COLABORACIÓN EN
LA GESTIÓN DE LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL**

Enero 2018



FICHA DEL RESUMEN EJECUTIVO

Ministerio/Órgano proponente	MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL Dirección General De Ordenación de la Seguridad Social	Fecha	Enero 2018
Título de la norma	Real Decreto por el que se aprueba el reglamento sobre colaboración en la gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.		
Tipo de Memoria	Normal <input type="checkbox"/> Abreviada <input checked="" type="checkbox"/>		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	Desarrollo reglamentario del nuevo régimen jurídico de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y sus derechos y obligaciones como entidades que colaboran con la Seguridad Social en la gestión de las competencias que les atribuye la Ley General de la Seguridad Social.		
Objetivos que se persiguen	Dotar de un nuevo marco jurídico reglamentario el régimen de colaboración en la gestión de la Seguridad Social que la Ley General de Seguridad Social atribuye a las mutuas colaboradoras.		
Principales alternativas consideradas	No hay otras alternativas posibles puesto que la reforma operada sobre los artículos del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social que afectan al régimen jurídico de las mutuas exige el desarrollo y las adaptaciones de carácter reglamentario a las que se procede en este proyecto. Ello implica la derogación del reglamento 1993/1995, de 7 de diciembre, y la redacción de un nuevo reglamento que regule las materias sobre las que incide la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por lo que una mera		

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



	reforma del reglamento actualmente vigente no sería viable al ser susceptible de provocar inseguridad jurídica.	
CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO		
Tipo de norma	Real Decreto que aprueba un reglamento general.	
Estructura de la norma	<p>El proyecto de real decreto que aprueba el reglamento de colaboración en la gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social consta de una parte expositiva, un artículo único, una disposición derogatoria, y dos disposiciones finales.</p> <p>El proyecto de reglamento consta de ciento cuarenta y tres artículos, cinco disposiciones adicionales, nueve disposiciones transitorias y once disposiciones finales.</p>	
Informes recabados/a recabar	Informe de los órganos dependientes de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y de la Secretaría de Estado de Empleo, Secretaría General de Inmigración y Emigración, Gabinete Técnico de la Subsecretaría e Inspección de Trabajo y Seguridad Social, todos ellos dependientes del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.	
Consulta pública	Realizado a través del portal Web del Ministerio de Empleo y Seguridad Social entre los días 19 de junio y 4 de julio de 2017, ambos inclusive.	
Trámite de audiencia		
ANÁLISIS DE IMPACTOS		
Adecuación al orden de competencias	Título competencial prevalente: Artículo 149.1.17ª de la Constitución.	
Impacto	Efectos sobre la economía en general.	



económico y presupuestario	En relación con la competencia	<input checked="" type="checkbox"/> La norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> La norma tiene efectos positivos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> La norma tiene efectos negativos sobre la competencia.
	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	<input type="checkbox"/> Supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ <input type="checkbox"/> Incorpora nuevas cargas administrativas. Cuantificación estimada: <input checked="" type="checkbox"/> No afecta a las cargas administrativas.
	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado. <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.	<input type="checkbox"/> Implica un gasto. <input type="checkbox"/> Implica un ingreso.



Impacto de género	La norma tiene un impacto de género.	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
Impacto en la familia	La norma tiene un impacto en la familia	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
Impacto en la infancia y adolescencia	La norma tiene un impacto en la infancia y en la adolescencia	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
Impacto en las pequeñas y medianas empresas	La norma tiene un impacto en las pequeñas y medianas empresas	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
Otros impactos considerados	No se aprecian consecuencias dignas de consideración con respecto a otros eventuales impactos.	
Otras consideraciones		



La elaboración de esta memoria se ha realizado de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria de análisis de impacto normativo.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA MEMORIA ABREVIADA.

El artículo 3 del Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis de impacto normativo, determina que cuando se estime que de la propuesta normativa no se derivan impactos apreciables en alguno de los ámbitos respecto de los que deba analizarse el impacto normativo, de forma que no corresponda la presentación de una memoria completa, se realizará una memoria abreviada.

La norma en proyecto no tiene una repercusión apreciable en ninguno de los ámbitos a tomar en consideración. Así, por ejemplo, ninguna cuestión cabe plantear con respecto al orden constitucional de distribución de competencias, por cuanto el título competencial en que se fundamenta reserva a la competencia exclusiva estatal el régimen económico de la Seguridad Social. Tampoco por razón de género cabe deducir la existencia de efectos directos o indirectos de especial consideración, y asimismo no es de apreciar ninguna trascendencia destacable con respecto a otros posibles impactos que pudieran requerir ser valorados.

No resulta, por tanto, necesario tener que recurrir a una memoria completa, entendiéndose suficiente la memoria abreviada que se propone y a la que se refiere el artículo 3 del Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis de impacto normativo.

2. BASE JURÍDICA Y RANGO DEL PROYECTO NORMATIVO

La base jurídica de este real decreto se encuentra en la disposición final quinta de 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.



El rango del proyecto debe ser el de real decreto, puesto que así lo prevé la citada disposición final quinta al disponer que *“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”*.

3. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO Y TRAMITACIÓN DEL PROYECTO.

A) Contenido del proyecto.

El proyecto de real decreto que aprueba el reglamento de colaboración en la gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social consta de una parte expositiva, un artículo único, una disposición derogatoria, y dos disposiciones finales.

En la parte expositiva se justifican los motivos de la aprobación del reglamento y la necesidad de dotar de una nueva regulación al régimen de colaboración en la gestión de la Seguridad Social por parte de las mutuas colaboradoras, al tiempo que se resaltan los aspectos más novedosos de su regulación.

El artículo único aprueba el reglamento de colaboración en la gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

La disposición derogatoria procede a derogar las normas que se opongan al contenido del reglamento que se aprueba.

La disposición final primera fija el título competencial de la norma y la disposición final segunda su entrada en vigor. En relación con la entrada en vigor de la norma el artículo 23 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno prevé que *“Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 2.1 del Código Civil, las disposiciones de entrada en vigor de las leyes o reglamentos, cuya aprobación o propuesta corresponda al Gobierno o a sus miembros, y que impongan nuevas obligaciones a las personas físicas o jurídicas que desempeñen una actividad económica o profesional como consecuencia del ejercicio de ésta, preverán el comienzo de su vigencia el 2 de enero o el 1 de julio siguientes a su aprobación (...)”*, en este caso se entiende que debe exceptuarse la aplicación de la previsión transcrita y fijar la entrada en vigor de la norma al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, por cuanto se trata de una norma que no impone nuevas obligaciones a las personas físicas o jurídicas que desempeñan una actividad económica o profesional como consecuencia del ejercicio de esta. Antes al contrario, la norma desarrolla las previsiones del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, referidas a las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, por lo que



las obligaciones que se contienen en la norma en proyecto ya se conocen y cumplen por las destinatarias de la norma.

Por otro lado, dada la importancia de la norma en proyecto, así como de la variedad de materias que regula, se considera que lo más conveniente y beneficioso para sus destinatarios en que su entrada en vigor se produzca en el plazo más breve posible.

El proyecto de reglamento consta de ciento cuarenta y tres artículos, cinco disposiciones adicionales, nueve disposiciones transitorias y once disposiciones finales.

En el **TÍTULO I** se recogen las disposiciones comunes. Este título consta a su vez de siete capítulos.

El **capítulo I**, referido al *concepto, caracteres y constitución* de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, incluye los artículos 1 a 9.

El artículo 1 se refiere a las *Normas reguladoras*, previendo que se rige por las propias normas del reglamento y sus disposiciones de aplicación y desarrollo

En el artículo 2. *Concepto y caracteres*, se determina su naturaleza de asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de éste para colaborar en la gestión de la Seguridad Social. Asimismo se prevé su adquisición de personalidad jurídica y plena capacidad para adquirir, poseer, gravar o enajenar bienes y realizar toda clase de actos y contratos o ejercitar derechos o acciones a fin de cumplir los fines que tienen encomendados

El artículo 3. *Requisitos para su constitución y funcionamiento*, recoge los condicionantes para la constitución de una mutua y el artículo 4 el contenido de sus *estatutos*.

Por su parte, el artículo 5. *Solicitud*, determina las actuaciones que deben llevar a efecto los empresarios que deseen constituir una mutua. El artículo 6 referido a la *Autorización e inscripción*, prevé que será el Ministerio de Empleo y Seguridad Social quien previa comprobación de la concurrencia de los requisitos necesarios procederá a su aprobación, debiendo publicarse la orden de autorización en el «Boletín Oficial del Estado», en la que asimismo se consignará su número de registro, adquiriendo desde entonces personalidad jurídica.

El artículo 7. *Fianza*, fija su cuantía y la forma en que debe constituirse. El artículo 8, sobre la *Denominación*, dispone que en su denominación, la entidad debe consignar obligatoriamente la expresión «mutua colaboradora con la Seguridad Social», seguida del número con que haya sido inscrita en el Registro. Expresión que deberá ser utilizada en todos los centros y dependencias de la entidad, así como en sus relaciones tanto con sus asociados, adheridos y



trabajadores protegidos, como con terceros, sin que puedan emplearse las denominaciones utilizadas por otra entidad, cualquiera que sea su naturaleza, o que pueda inducir a confusión, sin que a tal efecto tengan carácter diferenciador las indicaciones relativas a la forma social o aquellas otras cuya utilización venga exigida por la normativa específica.

El artículo 9 regula la *Ausencia de lucro y prohibición de actividades de captación de empresas o de trabajadores autónomos*. Se dedica una regulación específica a esta materia con el objeto de dar una mayor seguridad jurídica a los gestores de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y a los empresarios asociados a las mismas sobre el tipo de prácticas que pueden realizarse y las que no pueden llevarse a cabo por tratarse de actividades contrarias a los intereses de la Seguridad Social, al ser susceptibles de generar un quebranto económico de la misma. Así, como regla general se prevé que la colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las mutuas no podrá servir de fundamento a operaciones de lucro mercantil ni comprenderá actividades de captación de empresas asociadas o de trabajadores adheridos. Tampoco dará lugar a la concesión de beneficios de ninguna clase a favor de los empresarios asociados, ni a la sustitución de estos en las obligaciones que les correspondan por su condición de empresarios.

A partir de esa premisa se determinan las actuaciones permitidas y las actuaciones prohibidas.

En el **Capítulo II**, *Normas generales*, dividido a su vez en secciones y subsecciones, se comprenden los artículos 10 a 28.

En primer lugar, los artículos 10 a 13, comprendidos en la *sección primera*, titulada *actividades de las mutuas*, se destinan a la regulación de los siguientes aspectos:

El artículo 10. *Cobertura*, prevé que las mutuas están obligadas a aceptar toda solicitud de asociación y de adhesión que les formulen, en los mismos términos y con igual alcance que las entidades gestoras de la Seguridad Social.

El artículo 11. *Prestación de asistencia sanitaria y recuperadora*, parte de la premisa de que las prestaciones sanitarias y recuperadoras de la Seguridad Social derivadas de contingencias profesionales que se encomiendan a las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, tienen por objeto la plena recuperación de los trabajadores protegidos por aquellas, y se pueden hacer efectivas por aquellas mediante alguna o algunas de las modalidades contempladas en el reglamento: a través de los recursos sanitarios y recuperadores gestionados por las mutuas, incluidos los de los centros mancomunados, por medio de convenios con las Administraciones públicas sanitarias o mediante contratos de servicios con medios privados.



En este punto debe hacerse un inciso a fin de resaltar que si bien los artículos 82.2 y 82.4.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social hace referencia a que las mutuas colaboradoras pueden celebrar conciertos con medios privados o con entidades privadas, en el Boletín Oficial del Estado de 9 de noviembre de 2017 se ha publicado la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, donde se suprime el contrato de gestión de servicio público, dejando subsistente únicamente la concesión de servicios, lo que implica que, entre otras figuras, desaparezcan los conciertos. En efecto, el concierto se concibe como la contratación de la prestación de un servicio con un empresario que venga realizando prestaciones análogas, poniéndose de acuerdo en cuanto a los medios que cada uno aporta al servicio, por lo que habrá que estar al nivel de riesgo de explotación que se transfiere en cada caso. Desde esta perspectiva, y conforme a los criterios mantenidos por Tribunales administrativos de recursos contractuales de ámbito autonómico, sobre la base de que en los casos en que no se produce la transferencia de riesgo en la explotación del servicio por el adjudicatario el acuerdo debe calificarse como contrato de servicios y no como concierto. En particular, como han señalado los Tribunales de recursos contractuales de Aragón y de Castilla y León un servicio público sanitario no puede encajar en las modalidades de tipo concesional y de transferencia de riesgo porque podría desvirtuarse el contenido de una prestación esencial y obligatoria contenida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. En suma, con la entrada en vigor de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, cualquier contrato oneroso que tenga por objeto la realización de una prestación consistente en alguna de las actividades enumeradas en el Anexo II de la Directiva 2004/18/CE, circunstancias que concurren en los denominados por los artículos 82.2 y 82.4.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social “conciertos”, deben ahora calificarse como contrato de servicios.

El artículo 12. *Actividades preventivas*, prevé la posibilidad de que las mutuas lleven a efecto actividades a favor de los empresarios asociados y de sus trabajadores dependientes, así como de los trabajadores por cuenta propia adheridos, dirigidas a asistir a los mismos en el control y, en su caso, reducción de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de la Seguridad Social, en los términos y condiciones previstos en la Ley General de la Seguridad Social y en el proyecto de real decreto que se encuentra en fase de tramitación.

En el artículo 13 se regulan las *Actividades de investigación, desarrollo e innovación para la reducción de contingencias profesionales*, que se ajustan a lo dispuesto en el artículo 97.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Conforme al cual las mutuas pueden,



con cargo al fondo de contingencias profesionales de la Seguridad Social, desarrollar actividades en investigación, desarrollo e innovación que mejoren las técnicas y tratamientos terapéuticos, rehabilitadores y, en general, los relacionados con la medicina del trabajo que tengan como único objeto la recuperación o, al menos, la mejora de las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores afectados por un accidente de trabajo o por una enfermedad profesional, que deben ser dirigidas o codirigidas por uno o más facultativos de la mutua que solicite su financiación y deberán desarrollarse en alguno de los centros asistenciales adscritos a la mutua. Seguidamente se establece que la resolución de las solicitudes para el desarrollo y la financiación de este tipo de acciones, se hará de forma motivada, teniendo en cuenta las disponibilidades financieras del fondo de contingencias profesionales y las necesidades del sistema de Seguridad Social.

Por su parte, la *sección segunda*, sobre *régimen económico financiero*, comprende los artículos 14 a 19.

El artículo 14. *Patrimonio*, prevé que los ingresos procedentes de las cuotas de la Seguridad Social forman parte del patrimonio de la Seguridad Social y están afectados al cumplimiento de los fines de esta. Este patrimonio de Seguridad Social se diferencia de los bienes incorporados al patrimonio de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social 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 por 100 del exceso de excedentes, así como los que procedan de recursos distintos de los que tengan su origen en las cuotas de Seguridad Social, que constituyen el patrimonio histórico de las mutuas, cuya propiedad les corresponde en su calidad de asociación de empresarios. No obstante, como se indica en el artículo, se trata asimismo de un patrimonio que se halla afectado estrictamente al fin social de la entidad. El artículo 15. *Dotación del patrimonio histórico*, establece las distintas fórmulas para dotar el patrimonio histórico, previéndose:

- la imputación en sus correspondientes cuentas de resultados, de un canon o coste de compensación por la utilización de inmuebles propiedad de la mutua;
- el arrendamiento a terceros a precio de mercado de inmuebles de su propiedad, que 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 que tienen encomendada;
- el ingreso de un porcentaje de los incentivos contemplados en el art. 97.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.



El artículo 16. *Exención tributaria*, recoge la exención tributaria, en los mismos términos establecidos para las entidades gestoras en el artículo 84.5 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. El artículo 17. *Régimen económico y financiero*, prevé expresamente la forma de sostenimiento de las mutuas, disponiendo su financiación mediante las cuotas de la Seguridad Social adscritas a las mismas, 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.

También los derechos de crédito que se generen a consecuencia de prestaciones o servicios que dispensen las mutuas o sus centros mancomunados a favor de personas no protegidas por las mismas o, cuando estando protegidas, corresponda a un tercero su pago por cualquier título, se consideran recursos del sistema de la Seguridad Social adscritos a las mutuas. Por otra parte, se consideran como gastos de administración de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social los derivados del sostenimiento y funcionamiento de los servicios administrativos de la colaboración

Artículo 18. *Reparto de costes y gastos entre los asociados*, prevé el reparto entre sus empresarios asociados, a través de su aportación de las correspondientes cuotas y la posible aplicación de la responsabilidad mancomunada, del importe de los conceptos que se enumeran en el artículo: coste derivado del régimen de prestaciones aplicable a las contingencias en que tienen autorizada la colaboración; coste de las actividades preventivas; contribución al sostenimiento de los servicios comunes de la Seguridad Social, y gastos de administración de la entidad.

El artículo 19. *Responsabilidad de los asociados*, regula de forma expresa la responsabilidad mancomunada de los empresarios asociados, que se extiende a todas las obligaciones que legal o contractualmente alcancen a la mutua cuando ésta no las cumpliera a su debido tiempo, sin que los estatutos de la entidad puedan establecer ninguna limitación a este respecto.

Se trata de una responsabilidad orientada a:

- La reposición de la Reserva de Estabilización de Contingencias Profesionales hasta el nivel mínimo de cobertura, cuando la misma no alcance el 80 por ciento de su cuantía mínima.
- Los gastos indebidos por no corresponder a prestaciones, servicios u otros conceptos



comprendidos en la colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

- Los excesos en los gastos de administración y por sanciones económicas impuestas.
- 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.
- 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.
- Las obligaciones contraídas por la mutua cuando la misma no las cumpla en la forma establecida legalmente.
- Las obligaciones atribuidas a la mutua en virtud de la responsabilidad directa o subsidiaria.

Se trata de una responsabilidad que se extiende 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.

También en este artículo se regulan las derramas, que deben ser proporcionales al importe de las cuotas de la Seguridad Social que les corresponda satisfacer por las contingencias protegidas por la mutua. Se garantiza su condición de carácter de recursos públicos de la Seguridad Social y se prevé que la declaración de los créditos que resulten de la derrama y, en general, de la aplicación de la responsabilidad mancomunada se realizará por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, que establecerá el importe líquido de los mismos, reclamará su pago y determinará la forma, los medios, modalidades y condiciones aplicables hasta su extinción conforme a lo previsto en la Ley General de la Seguridad Social.

La *sección tercera* se divide en dos subsecciones y recoge el *plan de viabilidad y los aplazamientos*.

Así, la *subsección primera*, referida al *plan de viabilidad*, recoge en el artículo 20. *Normas generales*, que será el Ministerio de Empleo y Seguridad Social el competente para requerir a la mutua 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 medidas financieras, administrativas o de otro orden, se formule previsión de los resultados y se fijen los plazos para su ejecución, a fin de superar la situación que dio origen a dicho requerimiento.

El artículo 21. *Duración*, dispone que su duración no podrá superara los tres años. En el artículo 22. *Aprobación*, indica que corresponde al Ministerio de Empleo y Seguridad aprobar o



denegar el plan presentado por la mutua en el plazo de un mes.

En la *subsección segunda*, se regula el *Aplazamiento*. El artículo 23, *solicitud de aplazamiento*, determina la entidad que debe solicitar el aplazamiento de pago de la deuda. El artículo 24, referido al *régimen jurídico*, prevé la aplicación de las normas recogidas en el Reglamento General de Recaudación a estos procedimientos. Finalmente, el artículo 25, *garantías*, prevé las especialidades en cuanto a la obligación de garantizar el pago de la deuda.

Finalmente la sección cuarta del capítulo segundo incluye las normas sobre *coordinación, información y documentación*.

El artículo 26 regula la *Coordinación*, previendo que las mutuas coordinarán su actuación con las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, así como con las Administraciones públicas que tengan atribuidas competencias relacionadas con los distintos aspectos de la colaboración en la gestión que tienen encomendada. En el artículo 27. *Información*, se establece la obligación de las mutuas de facilitar al Ministerio de Empleo y Seguridad Social los datos que les solicite en orden al adecuado y completo conocimiento de las actividades que desarrollan en el ejercicio de su colaboración en la gestión y respecto de la gestión y administración de su patrimonio histórico, así como a cumplir las instrucciones del órgano de dirección y tutela y a facilitar a las autoridades sanitarias la información sobre asistencia sanitaria y morbilidad que les requieran. Se permite que las mutuas divulguen información y datos referentes a su actuación, siempre que se limiten a dar información a sus empresas asociadas y a sus trabajadores por cuenta propia adheridos sobre su colaboración en la gestión con la Seguridad Social. En particular, en el apartado 4 de este artículo se prevé el carácter reservado de 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, así como los generados en el desarrollo de su actividad colaboradora en la gestión de la Seguridad Social, por lo que no pueden ser cedidos o comunicados a terceros. Y en el apartado 5 se establece la obligación de las mutuas de cumplir con las obligaciones reguladas en el título I de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno en relación con la transparencia y con la publicidad activa.

Por su parte, el artículo 28. *Documentación y reclamaciones*, prevé que las mutuas conserven por un período mínimo de cinco años, la documentación relativa a prestaciones, contabilidad, justificación de ingresos y gastos y, en general, la derivada de la gestión que realizan. Igualmente se dispone que los empresarios asociados, sus trabajadores y los trabajadores por cuenta propia adheridos podrán dirigirse al órgano de dirección y tutela formulando quejas y peticiones con motivo de las deficiencias que aprecien en el desarrollo de las funciones



atribuidas y que, en consonancia con lo que determina la Ley General de la Seguridad Social, las quejas y reclamaciones que se formulen serán directamente contestadas por la mutua colaboradora, comunicando su contenido y la respuesta, al Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través del sistema habilitado al efecto.

El **capítulo III**, dedicado a los *órganos de gobierno, de participación y de Asistencia Social*, incluye los artículos 29 a 39 que regulan las siguientes materias:

El artículo 29. *Enumeración*, lista los órganos de gobierno y de participación de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. El artículo 30 referido a la *Junta General*, determina que se trata del órgano de gobierno superior de la entidad y que está integrada por todos sus empresarios asociados, por un representante de los trabajadores al servicio de la entidad y una representación de los trabajadores por cuenta propia adheridos. Seguidamente se detallan las competencias específicas que se atribuyen a la Junta General.

El artículo 31 se refiere a la *Junta Directiva*, que estará compuesta del número de empresarios asociados que se señale en los estatutos, sin que pueda exceder de veinte miembros, ni ser inferior a diez. Igualmente formará parte de la Junta Directiva un representante de los trabajadores y un trabajador por cuenta propia adherido en representación de dicho colectivo. Como elemento novedoso, se establece el porcentaje de miembros de la Junta que deben asignarse a las empresas en función de su tamaño. Así, el 30% a empresas de más de 250 trabajadores, y el 70% restante a empresas de hasta 250 trabajadores.

Su función principal es el gobierno directo e inmediato de la entidad. Le corresponde la convocatoria de la Junta General y la ejecución de los acuerdos adoptados por la misma, la formulación de los anteproyectos de presupuestos y de las cuentas anuales, que deberán ser firmadas por el Presidente, así como las demás funciones que se establezcan en los estatutos.

Otra de las cuestiones objeto de regulación que debe destacarse es la que se refiere a la responsabilidad directa de los miembros de la Junta Directiva 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. Se trata de una responsabilidad solidaria, salvo para los miembros de la Junta 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.

También en este artículo se prevé la posibilidad de que los estatutos de cada mutua prevean la creación de un Consejo de Dirección en el seno de la Junta Directiva. El motivo de esta habilitación es el de dotar de mayor agilidad la toma de decisiones evitando tener que convocar a la totalidad de los miembros de la Junta Directiva para adoptar acuerdos relativos a la gestión ordinaria de la entidad.

Por otro lado se prevé el derecho tanto de los miembros de la Junta Directiva como del Consejo de Dirección de percibir indemnizaciones y compensaciones por los gastos de asistencia a las reuniones. Su cuantía se fijará en las normas de ejecución y desarrollo y tendrán la consideración de gastos de administración y se computarán a efectos del cálculo del límite anual máximo.

El artículo 32 regula la figura del *Presidente*, previendo que debe ser designado entre los miembros de la Junta Directiva. Al Presidente corresponde la representación de la mutua colaboradora con la Seguridad Social, la convocatoria de las reuniones de la misma y moderar sus deliberaciones, la impartición, en su caso, de criterio, instrucciones e indicaciones al Director Gerente, así como aquellas funciones específicas previstas en los Estatutos de la mutua. Por primera vez se reconoce el derecho del Presidente, en base a las funciones específicas atribuidas, a percibir una indemnización en la cuantía que determine el Ministerio de Empleo y Seguridad Social en función del grupo en el que se halle clasificada cada mutua de conformidad con lo establecido en el artículo 88.3 de la citada norma.

El artículo 33. *Reuniones y acuerdos*, dispone que tanto la Junta General como la Junta Directiva podrán reunirse, con carácter ordinario o extraordinario, en los casos y con los requisitos establecidos en los estatutos, debiendo extenderse actas de todas las reuniones.

El artículo 34 regula la figura del *Director Gerente*, como persona vinculada con la mutua mediante contrato de alta dirección. Su nombramiento lleva aparejado el cumplimiento de unos condicionantes que de producirse conllevarán la correspondiente autorización del MEYSS. Asimismo se prevé su responsabilidad directa frente a la Seguridad Social, la mutua y los empresarios asociados de los daños que cause 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.

Son también objeto de regulación los supuestos de extinción del contrato y la cuantía de las indemnizaciones que tiene derecho a percibir en tales casos.

El artículo 35. *Personal con funciones ejecutivas*, prevé que también las personas que



desempeñen funciones ejecutivas en la mutua están vinculadas por un contrato de alta dirección. El régimen de responsabilidad y el régimen de extinción del contrato de trabajo previstos para el Director Gerente se aplican también al personal con funciones ejecutivas.

En el artículo 36 se regula la *Comisión de Control y Seguimiento*, se trata del órgano de participación de los agentes sociales en cada una de las mutuas. Está compuesta por un máximo de doce miembros, entre los que se incluyen el Presidente de la Junta Directiva, más un número par de miembros igual o inferior a diez, de los cuales la mitad corresponderá a la representación de los trabajadores protegidos por la mutua, a través de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito territorial de actuación de la entidad y la otra mitad corresponde a la representación de los empresarios asociados a la mutua, elegidos a través de las organizaciones empresariales de mayor representatividad. También ha de formar parte de la Comisión un trabajador por cuenta propia adherido a la mutua.

Sus competencias se concretan esencialmente en el conocimiento e información de la gestión que realiza la entidad en las distintas modalidades de colaboración, en la propuesta de medidas para mejorar el desarrollo de las mismas en el marco de los principios y objetivos de la Seguridad Social o en el informe del anteproyecto de presupuestos y las cuentas anuales, entre otras.

La *Comisión de Prestaciones Especiales* se regula en el artículo 37, su competencia se refiere a la concesión de los beneficios de la asistencia social que hayan de ser satisfechos por la mutua. Se trata de una Comisión constituida por el número impar de miembros establecido en los estatutos, sin que en ningún caso pueda ser superior a nueve miembros. De ellos, un miembro será un representante de los trabajadores por cuenta propia adheridos elegido por la Junta Directiva, del resto de miembros, una de las mitades corresponderá a representantes de los trabajadores de las empresas asociadas y la otra mitad a empresarios asociados, designados igualmente por la Junta Directiva. Su Presidente será elegido por la propia Comisión de entre sus miembros.

El artículo 38 establece el régimen de *Incompatibilidades*, previendo quienes no pueden formar parte de la Junta Directiva de una mutua colaboradora con la Seguridad Social, ni de la Comisión de Control y Seguimiento y de la Comisión de Prestaciones Especiales, así como las personas que, por incurrir en algún tipo de incompatibilidad, no pueden ocupar el cargo de Director Gerente de una mutua colaboradora con la Seguridad Social.

El artículo 39 bajo el título de *Prohibiciones*, establece las actuaciones prohibidas a todos los miembros de la Junta Directiva, de la Comisión de Control y Seguimiento, de la Comisión de Prestaciones Especiales, del Director Gerente y del personal con funciones ejecutivas en una mutua. En particular, se prevé que no podrán comprar ni vender para sí mismos, directamente



o por persona o entidad interpuesta, cualquier activo patrimonial de la entidad, ni celebrar contratos de ejecución de obras, de realización de servicios o de entrega de suministros, ni en general celebrar contratos en los que concurran conflictos de intereses. Así como el régimen de contratación que prevé el artículo 94.3 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

En el **capítulo IV**, referido al *régimen económico-administrativo*, se incluyen los artículos 40 a 50 que se destinan a la regulación de las siguientes materias:

El artículo 40 enumera los *Libros y registros*, previendo la obligación de las mutuas de llevar al día una serie de libros y registros. Y además, de llevarlos por sistemas informáticos, electrónicos u otros similares.

El artículo 41. *Contabilidad*, dispone que las mutuas deben llevar su contabilidad al corriente y de forma clara y precisa, para que pueda conocerse en todo momento su verdadera situación económica y financiera y rendir sus cuentas anuales. Dada su condición de entidades colaboradoras con la Seguridad Social y administradoras de fondos públicos, deberán ajustarse al Plan General de Contabilidad Pública y quedan sometidas a la rendición de las cuentas de su gestión al Tribunal de Cuentas.

También la contabilidad de su patrimonio histórico se adaptará a la Ley General Presupuestaria y demás normas que resulten aplicables a estas entidades, debiendo llevarse tal contabilidad de manera separada a la relativa al patrimonio de la Seguridad Social.

El artículo 42. *Presupuestos*, prevé que las mutuas habrán de elaborar para cada ejercicio económico sus anteproyectos de presupuestos de ingresos y gastos en los que consignarán, con la debida separación, la totalidad de los recursos que prevean obtener y las obligaciones que deban atender en dicho ejercicio derivadas de su función colaboradora con la Seguridad Social, que se formularán en términos de programas.

En el artículo 43. *Gastos de administración*, se identifican los gastos que tienen tal consideración, incluyéndose en los mismos 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. Su límite máximo en cada ejercicio económico viene establecido por la aplicación sobre la cifra de sus ingresos por el total de derechos reconocidos por sus cuotas en cada ejercicio, de la escala que se determinará en las disposiciones de desarrollo de este reglamento. Por primera vez se regula la figura de los gastos de representación, que se configura como una cantidad de la que pueden disponer las mutuas para atender los pagos



derivados de compromisos de carácter representativo generados con motivo de su colaboración en la gestión. Con la inclusión de este concepto en el reglamento se pretende dar una mejor regulación de la utilización de fondos de Seguridad Social con este motivo, evitando gastos excesivos e injustificados por este concepto. Su determinación por las normas de desarrollo tendrá en cuenta el grupo en el que se halle clasificada cada mutua de conformidad con lo establecido en el artículo 88.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

El artículo 44. *Operaciones patrimoniales*, dispone que las operaciones relativas al patrimonio de la Seguridad Social adscrito a las mutuas, habrán de ajustarse a lo establecido en la propia Ley General de la Seguridad Social, teniendo en cuenta las especificaciones sobre el patrimonio de la Seguridad Social.

El artículo 45. *Arrendamientos de inmuebles*, prevé que las mutuas tomen directamente en arrendamiento los bienes inmuebles que precisen para el cumplimiento de sus fines, debiendo enviar al Ministerio de Empleo y Seguridad Social una copia autorizada de la escritura notarial del contrato o del documento en que se hubiese formalizado, acompañado de certificación de agente de la propiedad inmobiliaria colegiado que acredite los precios usuales de arrendamiento en la zona de ubicación de los bienes arrendados.

El artículo 46 aborda la regulación de los *Arrendamientos financieros y de los arrendamientos operativos*, o sin opción de compra, disponiendo la necesidad de autorización previa del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de los contratos que las mutuas vayan a suscribir y en los que la cuantía total de la operación exceda del importe que se determine en las normas de aplicación y desarrollo. La misma regulación se contiene para los supuestos de arrendamiento operativos o arrendamientos sin opción de compra en los términos recogidos en el artículo 9.1 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.

En el artículo 47 referido a *Inversiones reales*, se prevé que las mutuas no podrán contraer obligaciones con cargo a operaciones de capital por inversiones reales sin la previa autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, salvo cuando el importe unitario de la inversión no supere la cuantía que se determine en las normas de aplicación y desarrollo. Seguidamente se identifica la documentación que deberá acompañarse a las propuestas de gasto que requieran de autorización. Por su interés debe resaltarse que las inversiones en inmuebles propiedad del patrimonio histórico de las mutuas que se financien con cargo a fondos de Seguridad Social, requieren siempre de la preceptiva autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, el cual además determinará, en su caso, y en atención a las circunstancias concurrentes en cada caso concreto, qué parte de la inversión se financiará con cargo a fondos de Seguridad Social.



El artículo 48, con el título de *Adquisición de bienes inmuebles*, prevé que, previa autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, las mutuas podrán acordar la adquisición, por cualquier título, de los inmuebles que necesiten para el desarrollo de las funciones que tienen atribuidas. Ese acto de adquisición habrá de ser formalizado por la Tesorería General de la Seguridad Social, titulándose e inscribiéndose el inmueble en el Registro de la Propiedad a su nombre.

Igualmente, las mutuas pueden interesar que se les adscriban inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social adscritos a las entidades gestoras, los servicios comunes u otras mutuas. En tales casos será necesaria la conformidad de los interesados, debiéndose compensar económicamente, según precio de mercado, a la entidad cedente por la que reciba la adscripción de los bienes.

En el artículo 49 *Disposición de bienes*, se prevé la posibilidad de proceder a la baja en balance de los bienes muebles e inmuebles adscritos a las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y que forman parte del patrimonio de la Seguridad Social. Tal actuación está sometida a la autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, salvo cuando se trate de bienes muebles cuyo valor de coste no supere la cantidad que se determine en las normas de aplicación y desarrollo.

Finalmente, el artículo 50 sobre *Recursos financieros*, prevé que estos recursos de la Seguridad Social, administrados por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social se gestionarán a través de los correspondientes servicios de tesorería en los términos y condiciones que establezcan las disposiciones de aplicación y desarrollo. Los excedentes sobre el saldo medio que deben mantener las mutuas habrán de materializarse en unas determinadas inversiones financieras

El **capítulo V** incluye las normas sobre *competencia, inspección y control y coordinación*. Los artículos 51 a 57, comprendidos en este capítulo, abordan las siguientes materias:

El artículo 51 referido a la *Competencia*, prevé que corresponden al Ministerio de Empleo y Seguridad Social las facultades de dirección y tutela sobre las mutuas, que se ejercen a través del órgano administrativo al que se atribuyan las funciones. Igualmente se dispone que salvo que legalmente se establezca otra previsión, las resoluciones y/o las instrucciones que adopten la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y sus centros directivos dependientes, a tenor de las competencias que tengan atribuidas en relación con estas Entidades colaboradoras, son de obligado cumplimiento, estarán motivadas y podrán ser objeto de recurso en vía administrativa, previo al recurso contencioso-administrativo.



En el artículo 52, *Inspección*, se atribuyen a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social las competencias en materia de inspección a fin de vigilar el cumplimiento de las disposiciones que se refieren a su constitución, organización, gestión y funcionamiento, señalando las responsabilidades en las que estas entidades pudieran incurrir, dando conocimiento a la Intervención General de la Seguridad Social de las irregularidades que hubieran detectado. Por su parte, el artículo 53. *Infracciones y sanciones* prevé expresamente la aplicación del texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

En relación con el *Control de la gestión económico-financiera*, el artículo 54 dispone que las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social sean objeto anualmente de una auditoría de cuentas que será realizada por la Intervención General de la Seguridad Social. También anualmente se realizará una auditoría de cumplimiento.

El artículo 55 en relación con los *Informes de auditoría*, establece respecto de los informes definitivos de auditoría de cumplimiento, adicional al de auditoría de las cuentas anuales, que dará lugar a que por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social se dicte la resolución que proceda de acuerdo con lo señalado en el informe. Tal resolución contendrá, en su caso, las medidas y actuaciones que proceda adoptar por la mutua o centro mancomunado, de acuerdo con lo señalado en los informes de auditoría.

En los *Supuestos de irregularidades de gestión* que regula el artículo 56, se establece que si las mismas pudieran ser constitutivas de alcance, malversación de fondos públicos, indicios de responsabilidad contable, infracción administrativa o graves deficiencias de gestión, se pondrá en conocimiento de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social para la adopción, en su caso, de las medidas que correspondan, sin perjuicio de la emisión del correspondiente informe de auditoría pública y de su trámite. De esas irregularidades se dará asimismo conocimiento a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

El artículo 57, finaliza con la previsión de *Adopción de medidas cautelares*, en los casos en que la mutua se encuentre en determinadas situaciones. Previendo de forma expresa que tales medidas cautelares habrán de ser adecuadas y proporcionales en función de las características de la situación. Dichas medidas abarcan desde la previsión de requerir a la entidad para que presente un plan de viabilidad, rehabilitación o saneamiento, con la finalidad de superar la situación que dio origen a dicho requerimiento hasta ordenar el cese en la colaboración en caso de infracción calificada como muy grave conforme a lo dispuesto en el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

En el **capítulo VI** se regulan los aspectos relativos a la *disolución y liquidación*. El artículo 58



recoge las *Causas de disolución* de la entidad previendo las distintas causas por las que puede producirse la disolución de la entidad.

El artículo 59 se encarga de la *Propuesta y aprobación de la disolución*, fijando el procedimiento para hacer efectiva tal disolución. Por su parte, el artículo 60 se ocupa del *Nombramiento de liquidadores*, previendo que corresponde a la propia mutua designar de entre sus asociados a los que deban actuar como liquidadores, dando cuenta de tales nombramientos al Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Las *Actuaciones de los liquidadores* se recogen en el artículo 61 que prevé la obligación de aquellos de dar cuenta de su actuación a la Junta General de la entidad y de presentar ante el Ministerio de Empleo y Seguridad Social para su conformidad o reparos, el Plan de Actuaciones para llevar a efecto la liquidación.

El artículo 62 recoge la obligación de *Colaboración de los directivos* previendo que los Directores Gerentes y el resto de personas que ejerzan funciones ejecutivas en una mutua, estarán obligados a colaborar con los liquidadores en los actos de liquidación, así como a informar al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a su requerimiento, sobre los hechos ocurridos durante el ejercicio de sus funciones.

En el artículo 63 *Intervención* se prevé la designación por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social de uno o varios funcionarios para que actúen como interventores del proceso liquidatorio.

En el artículo 64 *Aprobación de la liquidación*, se articula el mecanismo de aprobación de la liquidación, previendo que la entidad tendrá un plazo de noventa días para justificar la aplicación del excedente o la cancelación del déficit de liquidación ante el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, quien, si procede, aprobará la liquidación y su cese como mutua en liquidación.

El artículo 65. *Disposición de la fianza*, autoriza la posibilidad de que la mutua pueda disponer total o parcialmente de la fianza para la cancelación de obligaciones pendientes.

En relación con la *Distribución de excedentes* el artículo 66 dispone su ingreso en la Tesorería General de la Seguridad Social. En cuanto a los excedentes del patrimonio histórico, se remite a lo que establezcan al efecto los estatutos de cada mutua.

Por su parte, el **capítulo VII**, bajo el título *Fusión y absorción*, regula en los artículos 67, 68 y 69 las *Normas aplicables*, la *Solicitud* y la *Autorización*.

En relación con las *Normas aplicables*, el artículo 67 prevé que el Ministerio de Empleo y



Seguridad Social podrá autorizar la fusión de dos o más mutuas para formar una nueva entidad, asimismo podrá autorizar la absorción de una o más mutuas por otra o por otras ya existentes.

Respecto de la *Solicitud*, el artículo 68, regula el procedimiento para la fusión o absorción, cuya solicitud debe formularse, con una antelación mínima de dos meses a la fecha en que haya de producirse la fusión o absorción, acompañando la solicitud de una serie de documentos.

Finalmente, respecto de la *Autorización*, el artículo 69 recoge que compete al Ministerio de Empleo y Seguridad Social autorizar la fusión y absorción, previa comprobación de que concurren los requisitos necesarios, de la viabilidad de la entidad resultante y de que las condiciones de la fusión o absorción, así como en su caso el proyecto de estatutos de la nueva entidad, no se oponen al ordenamiento jurídico, procederá a su autorización.

En el **TÍTULO II** se determina el régimen de colaboración de las mutuas en las distintas contingencias.

El Capítulo I relativo a la protección de las contingencias profesionales, regula en *la sección primera* la protección del personal que trabaja en las empresas asociadas, y prevé en el artículo 70. *Empresarios asociados*, que protegerán a todo el personal de la empresa de todos los centros de trabajo de la misma provincia. También dispone que en los supuestos de incumplimiento por los empresarios de la afiliación, altas y bajas y cotización la mutua debe hacerse cargo de las prestaciones, sin perjuicio de resarcirse posteriormente, y sin que pueda resolver o suspender el convenio de asociación. El artículo 71. *Determinación de la contingencia*, establece la facultad de la mutua para la determinación inicial de la contingencia, sin perjuicio de la calificación definitiva por parte de la entidad gestora competente, conforme a los procedimientos que se prevén en el propio reglamento.

El artículo 72. *Convenio de asociación*, regula que el modelo del “documento de asociación”, que se establecerá por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y será en el que se plasmen el convenio de asociación, reflejándose los derechos y obligaciones de los asociados, la responsabilidad mancomunada de los asociados, el periodo de vigencia y los datos identificativos de la empresa.

El artículo 73. *Registros*, indica que la mutua debe llevar los siguientes registros: -registro de empresas, en donde constarán –entre otros- los datos identificativos de cada una, fecha del documento de asociación, número de trabajadores protegidos y si la empresa tiene la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes con la mutua, así como, la



fecha de inicio de esta. -Registro de reconocimientos médicos, refiriéndose a los previstos para los puestos con riesgo de enfermedad profesional si tuviere empresas asociadas con actividades que entrañen el riesgo de enfermedad profesional, registro de actividades sanitarias y registro de contingencias profesionales, en donde se reflejarán los datos del trabajador afectado, empresa en la que trabajara, la transmisión electrónica del parte de accidente, si tuvo baja médica o no, fecha de la baja y prestaciones satisfechas.

En la *sección segunda* se regula la gestión de la protección de los trabajadores por cuenta propia o autónomos. El artículo, 74. *Trabajadores adheridos*, prevé que la protección de la prestación económica por incapacidad temporal de los trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos deberá realizarse con una mutua. Los trabajadores del Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios, que no hubieran optado por proteger la incapacidad temporal, cuando formalicen la protección de las contingencias profesionales deberán hacerlo con la mutua de su elección. Los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial del Mar podrán proteger las contingencias profesionales con una mutua colaboradora con la Seguridad Social. La mutua debe aceptar la opción y la falta de pago de las cotizaciones no dará lugar a la resolución de la adhesión, está tendrá un plazo de un año prorrogable por plazos anuales salvo denuncia del trabajador con un mes de antelación como mínimo.

El artículo 75 regula la *Formalización* de la adhesión y establece que la protección de las contingencias profesionales de los trabajadores autónomos del Régimen Especial de Trabajadores por cuenta propia, del Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios y los trabajadores por cuenta Propia del Régimen Especial del Mar, a través de una mutua se formalizará en el “documento de adhesión”. En el caso de los trabajadores autónomos del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia, la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes se realizará en un “anexo” al documento de asociación.

Será el Ministerio de Empleo y Seguridad Social quien establezca el modelo del documento de adhesión y del anexo, en él constarán los derechos y obligaciones de la mutua y del trabajador, la fecha y hora de efectos y de extinción.

El artículo 76. *Régimen de la cobertura*, prevé que la firma del documento de asociación y, en su caso, del anexo es a esos exclusivos efectos. Sus consecuencias son: la gestión de las prestaciones conforme a la normativa aplicable a cada una, así como el derecho de la mutua a recibir la cuantía correspondiente procedente de las cotizaciones de los trabajadores adheridos.



El artículo 77. *Protección por cese de actividad*, establece que la protección se realizará por la mutua a la que este adherido el trabajador autónomo y se formalizará en el anexo previsto con indicación del periodo de vigencia y fecha de efectos, reconociéndose la prestación conforme la normativa vigente.

El artículo 78. *Registros*, determina que la mutua debe llevar dos registros: -registro de trabajadores por cuenta propia con una estructura según los regímenes o sistemas en donde constarán los datos identificativos de los trabajadores y las fechas del inicio y fin de la protección de las contingencias profesionales, así como el registro de contingencias de trabajadores por cuenta propia adheridos con una estructura similar al registro anterior y en donde consten los datos personales y profesionales del trabajador, en su caso, las fechas de los partes médicos, el envío electrónico del accidente o enfermedad y las prestaciones abonadas.

El artículo 79. *Obligaciones de los trabajadores*, regula la obligación de realizar la cotización y de aportar la documentación requerida por las normas reguladoras de las prestaciones.

En la *Sección tercera* se establecen las *Normas Comunes*. En el artículo 80 se establece la *Determinación inicial de la contingencia profesional*, disponiendo la facultad de la mutua para la determinación inicial de la contingencia, sin perjuicio de la calificación definitiva por parte de la entidad gestora competente. En los procesos de incapacidad temporal la valoración inicial del carácter profesional de la contingencia se realizará a través del correspondiente acuerdo en este sentido. Lo cual determina que la mutua expedirá los partes médicos de baja, confirmación y alta y declarará los derechos relativos a la prestación económica, tanto en los procesos iniciales como en las recaídas derivadas de los anteriores. Igualmente reconoce el derecho de la mutua a reclamar el coste de la asistencia sanitaria prestada si con posterioridad se modifica la contingencia por resolución administrativa o judicial.

En el artículo 81. *Determinación de la contingencia en supuestos de muerte y supervivencia*, se fija el procedimiento para la determinación de la contingencia por la Entidad Gestora, los plazos para resolver, los efectos de la resolución de la gestora, así como la posibilidad de dictar resolución provisional durante la tramitación del expediente de determinación de contingencia.

El artículo 82. *Determinación de la entidad responsable de las prestaciones económicas derivadas de enfermedad profesional*, prevé que el reconocimiento y la gestión de las prestaciones económicas derivadas de enfermedad profesional son competencia de las



entidades gestoras y establece unas reglas para identificar al responsable de la prestación en los supuestos de incapacidad permanente, muerte y supervivencia. Igualmente concreta cómo ha de imputarse la responsabilidad de las prestaciones en los supuestos de pluriempleo y pluriactividad.

El artículo 83. *Prestaciones de riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural*, dispone que será la mutua que tenga la cobertura de riesgos profesionales o la incapacidad temporal por contingencias comunes, en el caso de los autónomos sin cobertura profesional, la responsable de la gestión y el pago de estas prestaciones. El artículo 84. *Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave*, regula en idénticos términos que el artículo anterior la responsabilidad de la mutua.

El artículo 85. *Régimen financiero*, regula la capitalización y los reaseguros que han de realizar las mutuas en la Tesorería General de la Seguridad Social, respecto a las pensiones de incapacidad permanente y muerte y supervivencia en las que sean responsables de su pago. El artículo 86. *Reintegro de cantidades indebidamente percibidas*, prevé que en el supuesto de declararse judicialmente que existen prestaciones percibidas indebidamente, será la Tesorería General de la Seguridad Social la competente para gestionar su reintegro que transferirá posteriormente a la mutua.

El **capítulo II relativo a la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal por contingencias comunes**, regula en la sección primera la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal por contingencias comunes del personal al servicio de los empresarios asociados. Dispone en el artículo 87. *Ejercicio de la opción*, que los empresarios que tengan la cobertura de las contingencias profesionales de sus trabajadores con una mutua puedan optar por que la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal se realice por la misma mutua. Igualmente regula los plazos de esta opción, su renuncia y sus efectos.

El artículo 88. *Formalización*, establece que la anterior opción se realizará a través de un anexo al documento de asociación. El Ministerio de Empleo y Seguridad social establecerá el modelo de anexo. El artículo 89. *Régimen de la prestación*, prevé que la mutua asumirá la cobertura de la prestación de incapacidad temporal con el mismo alcance que las entidades gestoras y con las particularidades previstas en el artículo 82.4 de la Ley General de la Seguridad Social.

El artículo 90. *Financiación de la prestación*, dispone que la cobertura de dicha prestación por las mutuas se financiará mediante la fracción de la cuota que determine el Ministerio de



Empleo y Seguridad Social, pudiéndose aplicar un porcentaje adicional en situaciones financieras extraordinarias. El artículo 91. *Registros*, establece que la mutua tendrá en el registro de empresas asociadas un apartado donde especificará las empresas que cubran la incapacidad temporal por contingencias comunes con la mutua, su renuncia y la fecha de efectos en ambos casos y en el registro de contingencias comunes recogerá los datos pormenorizados de los trabajadores afectados por una incapacidad temporal por contingencias comunes, la fecha de la baja y del alta, importe de las prestaciones abonadas, así como, los datos de las empresas para la que trabaja el beneficiario de la prestación.

La sección segunda regula la Gestión de la prestación económica por incapacidad temporal de los trabajadores por cuenta propia o autónomos.

El artículo 92. *Trabajadores adheridos*, establece que los trabajadores autónomos afiliados con posterioridad a enero de 1998 que tengan la cobertura de la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes la concertarán con una mutua, debiendo estas aceptar toda propuesta de adhesión, sin que sea posible resolver la adhesión por la falta de pago de las cotizaciones. El artículo 93. *Formalización*, prevé que la cobertura de la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes con la mutua se realizará en el “documento de adhesión” debiendo estar el trabajador autónomo de alta médica y al corriente en el pago de las cuotas. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social elaborará el modelo del documento de adhesión que contendrá los datos necesarios para la identificación del autónomo, la fecha de efectos y sus consecuencias.

El artículo 94. *Régimen de la prestación*, establece que la adhesión del trabajador por cuenta propia a una mutua a los efectos de cubrir la prestación económica por incapacidad temporal por contingencias comunes, se realizará a estos exclusivos efectos, la mutua dará cobertura con el mismo alcance que la entidad gestora y se financiará con la parte de la cuota que determine el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. El artículo 95. *Registros*, regula los datos que han de constar en los registros que han de llevar las mutuas respecto estos trabajadores y las prestaciones de incapacidad temporal. El artículo 96. *Obligaciones de los trabajadores*, establece las obligaciones de los trabajadores relativas a la cotización, documentación y todas las exigidas por la normativa vigente para estos trabajadores, en especial en el caso de incapacidad temporal.

En la *sección tercera. Normas comunes*, el artículo 97. *Contenido de la gestión en colaboración*, dispone que la mutua gestionará la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes con el mismo alcance que la entidad gestora, sin perjuicio de las



competencias propias de los servicios públicos de salud y de la entidad gestora, y además asumirá el coste de las actuaciones realizadas para evitar la prolongación de la baja innecesariamente. Los acuerdos en relación a la prestación económica se harán por escrito motivado y se comunicarán al beneficiario y a todos los interesados.

El artículo 98. *Acuerdos de determinación inicial del subsidio y pagos provisionales*, prevé que la mutua realice el reconocimiento de la prestación económica de forma provisional, disponiendo de un plazo de dos meses desde el pago para modificar la cuantía inicial. Todo ello mediante acuerdos motivados y comunicados a los beneficiarios y afectados.

El artículo 99. *Reintegro de las cantidades indebidamente percibidas*, prevé que en el supuesto de declararse judicialmente que existen prestaciones percibidas indebidamente, será la Tesorería General de la Seguridad Social la competente para gestionar su reintegro que transferirá posteriormente a la mutua.

El artículo 100. *Actos de control y seguimiento de la prestación económica*, dispone que los actos de control del mantenimiento de los requisitos y de la situación de necesidad que origina la prestación, entre ellos los reconocimientos médicos, habrán de realizarse con medios propios de la mutua o de otras mutuas. La incomparecencia injustificada del trabajador dará lugar a la extinción del subsidio.

El artículo 101. *Pruebas diagnósticas, tratamientos y procesos de recuperación funcional dirigidos a evitar la prolongación innecesaria de la baja*, autoriza a las mutuas a realizar pruebas y tratamientos al trabajador para adelantar la curación que permita la vuelta al trabajo, previo consentimiento del trabajador y autorización del médico del servicio público de salud, a quien se enviarán los resultados de dichas actuaciones.

El artículo 102. *Tramitación de las propuestas de alta médica en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes*, establece la posibilidad de que la mutua, cuando considere que el trabajador ha recuperado la capacidad laboral, realice propuestas de alta médica incluidos los supuestos de prórroga y demora en la calificación en cuyos casos se dirigirá a la entidad gestora competente.

El artículo 103. *Régimen financiero*, prevé que las mutuas recogerán en la memoria de Cuentas Anuales datos relativos a las cotizaciones percibidas y prestaciones satisfechas por la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes, igualmente aportarán al



Ministerio de Empleo y Seguridad Social todos los datos económicos, así como la información que se le requiera.

El **capítulo III** se refiere al *Resultado económico. Reservas. Excedentes*, consecuencia de la colaboración de las mutuas en la gestión de las prestaciones que tienen conferida.

El artículo 104, *Resultado económico y reservas*, regula la forma de determinación anual del resultado económico patrimonial por contingencias profesionales. Asimismo se prevé que las provisiones que se constituyan por las mutuas habrán de dotarse y aplicarse conforme a las normas contables del sector público, disponiéndose, en concreto, los supuestos en los que la mutua debe hacer la provisión correspondiente.

Seguidamente se prevé la constitución obligatoria de la reserva de estabilización por contingencias profesionales con la finalidad, alcance y cuantías que prevé Ley General de la Seguridad Social que ha de dotarse con cargo al resultado económico patrimonial obtenido en el ejercicio por las mutuas en la gestión de dichas contingencias.

En relación con la gestión de las contingencias comunes, se establece igualmente que el resultado económico patrimonial se determina anualmente por la diferencia entre los ingresos y los gastos imputables a dicha gestión, en base a los criterios de contabilidad analítica que determine la Intervención General de la Seguridad Social. Y, de nuevo, que las mutuas tienen la obligación de constituir, al final de cada ejercicio, la reserva de estabilización por contingencias comunes que se dotará con cargo al resultado económico patrimonial obtenido en el ejercicio por las mutuas en la gestión de dichas contingencias.

Finalmente, en relación con el cese de actividad de los trabajadores por cuenta propia, se prevé que el resultado económico patrimonial se determinará anualmente por la diferencia entre los ingresos y los gastos imputables a dicha gestión, en base a los criterios de contabilidad analítica que determine la Intervención General de la Seguridad Social.

Asimismo, se prevé que la reserva de estabilización por cese de actividad se dotará con cargo al resultado económico patrimonial obtenido en el ejercicio por las mutuas en la gestión de esta contingencia. El excedente que pudiera resultar después de dotar esta reserva se ingresará en la Tesorería General de la Seguridad social a efectos de la dotación de una reserva complementaria.

El artículo 105 regula los *Resultados negativos* obtenidos en la gestión de contingencias profesionales y contingencias comunes, previendo que los resultados negativos en contingencias profesionales y comunes han de cancelarse aplicando la respectiva Reserva de Estabilización y si esta se sitúa por debajo de su nivel mínimo de cobertura, se repondrá hasta



el mencionado nivel con cargo a la Reserva Complementaria. En este punto se incluye una especificación en cuanto a las reservas a las que se hace referencia a fin de identificar que se trata de las reservas constituidas por la mutua y disponibles por la misma al inicio del ejercicio.

En relación con el ámbito de la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, se incluye la previsión de que si después de aplicada la Reserva Complementaria persistiera el déficit o la dotación de la Reserva Específica se sitúe en una cuantía inferior a su nivel mínimo obligatorio, se aplicará a la cancelación del déficit y a dotar la Reserva de Estabilización específica de este ámbito, hasta situarla en su nivel mínimo de cobertura, la Reserva de Estabilización de Contingencias Profesionales.

En relación con el cese de actividad, su resultado negativo se cancelará aplicando la Reserva específica constituida en las mutuas y, en caso de insuficiencia, se aplicará la Reserva Complementaria de Estabilización por Cese de Actividad constituida en la Tesorería General de la Seguridad Social hasta extinguir el déficit y reponer hasta su nivel mínimo de dotación aquella Reserva.

Por su parte, en relación con los *Resultados económicos positivos*, el artículo 106 prevé el destino de los resultados positivos anuales que puedan obtener las mutuas en los distintos ámbitos de gestión que tienen conferidos.

En el **TÍTULO III** se regulan las *fórmulas de colaboración y cooperación de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social*. Las materias concretas objeto de regulación se contienen en los artículos 107 a 122 y son las siguientes:

El artículo 107 referido a la *Colaboración y cooperación entre mutuas. Centros mancomunados*, prevé la posibilidad de que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social autorice la constitución de centros mancomunados entre dos o más mutuas, para 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.

El artículo 108, *Constitución*, incluye los requisitos para la constitución de un centro mancomunado, que pasa por la previa autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a la que debe acompañarse la documentación acreditativa del cumplimiento de los condicionantes para su correcto funcionamiento.

El artículo 109. *Autorización e inscripción* prevé que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, previa comprobación de que concurren en la solicitud formulada los requisitos exigidos para su constitución y que sus Estatutos se ajustan al ordenamiento jurídico, procederá a la



aprobación de la constitución del centro mancomunado y de los estatutos y a la consiguiente inscripción en el correspondiente registro, dependiente de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. El centro adquiere personalidad jurídica propia una vez que se ha inscrito en el registro

En relación con su *régimen jurídico*, el artículo 110 los equipara a las mutuas en cuanto a su naturaleza, previendo que quedan sujetos a la normativa reguladora de las mutuas así como al control interno de la Intervención General de la Seguridad Social.

El artículo 111, *Contenido de los Estatutos*, establece el contenido de los estatutos que deberán necesariamente recoger, entre otros, la denominación, objeto, domicilio social y duración del centro, la denominación de las mutuas integrantes del centro mancomunado, con expresión del porcentaje o cuota de participación de cada una de ellas en el mismo y su régimen jurídico.

En el artículo 112 se fijan las *Condiciones para la vinculación de las mutuas al centro mancomunado*, disponiéndose que la incorporación de mutuas a un centro mancomunado existente queda sujeta a determinados trámites y condiciones que se detallan en el referido artículo.

El artículo 113 *Condiciones para la desvinculación de mutuas partícipes*, regula el supuesto opuesto, esto es, la separación de mutuas del centro mancomunado. Que podrá producirse cuando se cumplan los requisitos que incluye el propio artículo.

El artículo 114. *Financiación*, prevé que los recursos económicos de que dispondrá el centro son los constituidos por las aportaciones de las mutuas partícipes, con cargo a sus presupuestos, por los rendimientos derivados del desarrollo de su actividad ordinaria, así como por cualquier otra que resulte legalmente procedente.

Asimismo se especifica que se trata de ingresos que forman parte del patrimonio de la Seguridad Social y están afectados al cumplimiento de los fines de ésta.

En el artículo 115 se contempla la *Ausencia de lucro y resultados de la actividad*, disponiéndose que su actividad no puede servir de fundamento a operaciones de lucro mercantil, ni a la concesión de beneficios de ninguna clase a favor de las mutuas partícipes y que los excedentes que se generen en el ejercicio económico deben reintegrarse a la Seguridad Social mediante su ingreso en la Tesorería General de la Seguridad Social.

El artículo 116. *Órganos de gobierno y de gestión. Participación institucional*, enumera los órganos de gobierno y de gestión del centro mancomunado, incluyendo la junta de gobierno, el gerente y la Comisión de Control y Seguimiento de cada una de las mutuas partícipes.



El artículo 117 se refiere a la *Junta de gobierno* para determinar que es el órgano que establece y dirige las acciones del centro, que estará formada por un representante de cada una de las mutuas que integran el centro mancomunado y por un representante de los trabajadores al servicio del centro mancomunado. Igualmente se prevé que está presidida por un Presidente que será designado de entre los miembros de la propia junta. Expresamente se contempla que los miembros de las juntas de gobierno no perciban retribución alguna, sin perjuicio de las indemnizaciones y compensaciones que tengan derecho a percibir por la asistencia a las reuniones de la junta de gobierno.

Se extienden a los miembros de la junta de gobierno las previsiones sobre responsabilidad de los miembros de la junta directiva de las mutuas.

El artículo 118. *Gerente* prevé que la junta de gobierno designará a un gerente, a quien corresponderá la ejecución y seguimiento de la gestión ordinaria del centro. Se trata de un cargo retribuido conforme a las mismas previsiones que pudieran establecerse para los directores gerentes de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. También resulta de aplicación al gerente del centro mancomunado el régimen de responsabilidad que se prevé para aquellos.

En el artículo 119. *Incompatibilidades* se establece la aplicación a los miembros de la junta de gobierno y al gerente el régimen de incompatibilidades previstos en relación con las mutuas.

El artículo 120. *Prohibiciones* prevé asimismo la aplicación a los miembros de la junta de gobierno y al gerente de las prohibiciones previstas para aquellos.

El artículo 121 sobre *Disolución y liquidación*, establece la aplicación de las normas sobre disolución y liquidación que, para las mutuas, se prevén en el proyecto, siempre que tales previsiones resulten compatibles con la naturaleza y características de los centros. Al igual que se contempla en relación con las mutuas, los posibles excedentes que pudieran resultar una vez concluido el proceso liquidatorio se ingresarán en la Tesorería General de la Seguridad Social.

Finalmente el artículo 122. *Normativa supletoria*, contiene una remisión conforme a la cual en lo no previsto en este título, será aplicable a los centros mancomunados la normativa de aplicación a las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, en iguales términos que éstas, en lo que no resulte incompatible con su naturaleza y características.

Finalmente el **TÍTULO IV**, que se dedica a la regulación de las *prestaciones de asistencia sanitaria y recuperadora*, se divide en seis capítulos.



Dentro del capítulo I, sobre *Contenido y duración de las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperadora por accidente de trabajo y enfermedad profesional*, el artículo 123 regula el *Contenido de la asistencia sanitaria*, disponiendo que la asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional a dispensar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social se prestará al trabajador de manera integral, pudiendo comprender además de las prestaciones sanitarias básicas y complementarias del sistema nacional de salud, prestaciones adicionales orientadas a la recuperación plena de la capacidad para el trabajo. Entre tales prestaciones adicionales se incluyen el tratamiento médico y quirúrgico de las lesiones o dolencias sufridas, las prescripciones farmacéuticas y, en general, las técnicas diagnósticas y terapéuticas que se consideren precisas por los facultativos asistentes; el suministro y renovación exigido por el deterioro natural de los aparatos de prótesis y ortopedia que se consideren necesarios y los vehículos para personas discapacitadas que así lo requieran y la cirugía plástica y reparadora adecuada, cuando una vez curadas las lesiones por contingencia profesional persistieran deformidades o mutilaciones que produzcan una alteración importante en el accidentado o dificulten su recuperación funcional para su empleo posterior.

El diferente tratamiento que siempre se ha dispensado en materia de asistencia sanitaria a las contingencias profesionales, así como la experiencia vivida durante el tiempo transcurrido desde la aprobación del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, aconsejan que se restablezca la atención específica sanitaria en el ámbito de la gestión de las mutuas para los lesionados como consecuencia de una contingencia profesional. Ello se hace con respeto absoluto a las previsiones de la Ley General de Sanidad y del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como de las competencias reconocidas a las comunidades autónomas en relación con la prestación de servicios sanitarios. En efecto, se parte de la premisa de que las prestaciones a percibir en cualquier caso son las contempladas en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud. Pero respetando las mismas, nada impide que con cargo a las cuotas gestionadas por las mutuas se financien prestaciones asistenciales dirigidas a un colectivo muy concreto: el de trabajadores protegidos por una mutua colaboradora con la Seguridad Social que hayan sufrido una contingencia profesional.

En el artículo 124 se establece la *Duración de la asistencia sanitaria*, previendo que se prestará desde el momento en que se produzca el accidente de trabajo o se diagnostique la enfermedad profesional y durante el tiempo que el estado patológico del lesionado lo requiera.



El **Capítulo II** regula la *asistencia sanitaria y recuperadora con medios gestionados por las mutuas*, el artículo 125, sobre *Creación, modificación y supresión de instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores de las mutuas*, fija el procedimiento para que las mutuas puedan crear, modificar o suprimir instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores. En particular se prevé la autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, previa valoración e informe preceptivo de las administraciones sanitarias competentes.

Asimismo, se contempla la fuente de financiación de las obras de creación o modificación de las instalaciones, disponiendo que tales fondos provienen del correspondiente presupuesto de la mutua, sin perjuicio de que se pueda autorizar la financiación de una parte de la inversión con cargo al Fondo de Contingencias Profesionales.

La resolución que se dicte al respecto aprobará o denegará la solicitud de creación o modificación de instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores formulada por la mutua en el plazo de los seis meses siguientes a la fecha de la presentación y, en el caso de aprobarla, determinará las condiciones en las que deberá llevarse a efecto su ejecución.

Por otro lado, se introduce la previsión de que con carácter general la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social no autorizará la creación de nuevos centros asistenciales, ni la ampliación o mayor dotación de los ya existentes, cuando en un radio de veinticinco kilómetros hubiera centros de otras mutuas que pudieran ser utilizados para la atención del colectivo protegido.

El artículo 126 sobre *Acreditación de suficiencia*, prevé la obligación de las mutuas de acreditar ante la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social las autorizaciones sanitarias de funcionamiento de sus instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores, incluyendo sus posibles modificaciones y renovaciones, otorgadas por los órganos correspondientes de las comunidades autónomas.

El **capítulo III**, relativo a la *cooperación entre las mutuas en materia de prestaciones sanitarias y recuperadoras*, regula en el artículo 127 la *Prestación de la asistencia sanitaria y recuperadora derivada de contingencias profesionales*, prevé que bajo la dirección y tutela del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y primando criterios de eficiencia gestora y de calidad asistencial, las mutuas deberán promover la utilización conjunta de los recursos y centros que gestionan para la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperadora por contingencias profesionales. En consecuencia, se regula la posibilidad de que las mutuas pueden establecer entre ellas los convenios de colaboración necesarios para que las prestaciones sanitarias y recuperadoras a su cargo en la gestión de las contingencias profesionales se puedan hacer efectivas mediante la utilización del conjunto de sus recursos asistenciales y recuperadores propios. Tales convenios deben comunicarse a la Dirección



General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo de un mes a contar desde su formalización, acompañando copia de los mismos mediante el registro telemático creado al efecto.

El artículo 128, sobre las *Actuaciones sanitarias correspondientes a contingencias comunes*, prevé que las mutuas promuevan la utilización conjunta de los recursos y centros gestionados por las mismas para el desarrollo de las funciones de gestión de la prestación por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes. Estas actuaciones habrán de llevarse a cabo mediante la formalización entre ellas de los correspondientes convenios de colaboración.

Por otro lado, se prevé que las pruebas diagnósticas y los tratamientos terapéuticos y rehabilitadores que las mutuas pueden realizar con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, se realicen en el margen que permita su aprovechamiento, en los centros asistenciales que gestionan para dispensar la asistencia derivada de las contingencias profesionales.

En el **capítulo IV** se aborda la *colaboración de las mutuas con los servicios públicos de salud, con las entidades gestoras de la Seguridad Social y con otras entidades*, el artículo 129. *Colaboración con los Servicios Públicos de salud*, prevé que las mutuas puedan celebrar convenios y acuerdos de colaboración con los servicios públicos de salud para que las prestaciones sanitarias y recuperadoras puedan hacerse efectivas mediante la utilización de los recursos sanitarios y recuperadores de dichos servicios. Igualmente las mutuas pueden celebrar convenios y acuerdos de colaboración con los servicios públicos de salud, con la autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, para realizar en los centros asistenciales que gestionan, 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. Estos acuerdos deben asimismo fijar los importes que hayan de satisfacerse como compensación a la mutua por la dispensación de tales servicios, así como la forma y condiciones de pago.

En el artículo 130, referido a la *Colaboración con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social*, se prevé que las mutuas puedan prestar su colaboración a las entidades gestoras de la Seguridad Social para el desarrollo de las competencias que éstas tienen encomendadas a través de la celebración de los convenios y acuerdos que resulten de aplicación, y específicamente para la realización 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. Igualmente, estos convenios y acuerdos deben fijar las compensaciones económicas que



hayan de satisfacerse como compensación a la mutua por los servicios dispensados, así como la forma y condiciones de pago

En el artículo 131 referido a la *Colaboración con otras entidades*, se prevé que las mutuas puedan establecer convenios y acuerdos de colaboración, con el objeto de mejorar la eficacia en la gestión y el control de la incapacidad temporal, con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, estos acuerdos habrán de fijar igualmente las compensaciones económicas que hayan de satisfacerse como compensación a la mutua por los servicios dispensados, así como la forma y condiciones de pago.

El artículo 132, *Aprobación de los instrumentos de colaboración con las administraciones públicas sanitarias y con las entidades gestoras de la Seguridad Social*, prevé en definitiva que tanto los convenios como los acuerdos de colaboración con los servicios públicos de salud y con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social y sus modificaciones o rescisiones deban someterse a la autorización de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social con carácter previo a su suscripción.

El **capítulo V**, que aborda la *Prestación de la asistencia sanitaria y recuperadora mediante contrato de servicios con medios privados*, comprende cuatro secciones. La *sección primera*, incluye preceptos relativos a la *Prestación de asistencia sanitaria y recuperadora por contingencias profesionales*, la *sección segunda*, aborda las cuestiones relativas a la *Utilización subsidiaria de medios privados en los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes*, en la sección tercera se trata la *prestación de servicios profesionales clínicos* y en la sección cuarta, la *autorización de los contratos de servicios con medios sanitarios y recuperadores privados*.

Dentro de la sección primera, el artículo 133. *Prestación de servicios sanitarios y recuperadores por contingencias profesionales*, se prevé que en el caso que las mutuas no dispongan de recursos sanitarios y recuperadores, ni los tengan otras mutuas en la zona de influencia ni haya centros mancomunados, ni haya tampoco posibilidad de utilización de instalaciones de los servicios públicos sanitarios, las mutuas podrán prestar dichos servicios mediante contratos de servicios con medios privados que serán autorizados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social

En el artículo 134 *Requisitos de los medios sanitarios y recuperadores privados para contratar con las mutuas*, se contempla la posibilidad de que las mutuas puedan contratar la prestación de los servicios sanitarios y recuperadores a su cargo con centros sanitarios privados, ya se trate de personas jurídicas o de personas físicas, siempre que estos reúnan las condiciones



que enumera el propio artículo.

En el artículo 135 se establecen las *Condiciones económicas de los contratos de servicios*, determinando que la fijación de las tarifas a los *contratos de servicios* de asistencia sanitaria que suscriban las mutuas con medios privados debe ajustarse al precio económicamente más ventajoso para la mutua.

Por su parte, el artículo 136, *Utilización de personal sanitario de las mutuas en centros privados*, dispone que con carácter excepcional, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social podrá autorizar la prestación de los tratamientos quirúrgicos o postquirúrgicos con medios personales propios de las mutuas en centros privados, cuando razones de especialidad, volumen de gestión u otras circunstancias concurrentes, suficientemente acreditadas, lo hagan aconsejable, debiendo deducirse de las tarifas a aplicar por el centro privado el coste de la aportación de medios personales efectuada por la mutua.

Incluido en la sección segunda, el artículo 137 *Condiciones para la utilización de medios privados en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes*, prevé que las mutuas sólo podrán utilizar, con carácter subsidiario, centros concertados para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos, con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de los procesos regulados en dicho precepto, en los supuestos de inexistencia de centros asistenciales propios o gestionados por otras mutuas en el área geográfica correspondiente. En estos casos, las mutuas pueden contratar la realización de tales pruebas y tratamientos con centros concertados

En la sección tercera, el artículo 138. *Prestación de asistencia sanitaria por profesionales clínicos*, autoriza a las mutuas a contratar la prestación de servicios profesionales clínicos con personas físicas o jurídicas en las instalaciones y servicios de aquéllas, cuando razones de especialidad, volumen de gestión u otras circunstancias concurrentes lo hagan aconsejable. Se prevé que en las tarifas a aplicar se deduzca el coste por la utilización de las instalaciones de las mutuas. La formalización del contrato requiere en cualquier caso la autorización de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, acreditando en la solicitud de autorización la concurrencia de las circunstancias a las que se condiciona la posibilidad de celebrar el contrato.

Finalmente, el artículo 139. *Procedimiento de autorización de los contratos de servicios con medios sanitarios y recuperadores privados*, incluido en la sección cuarta, contempla que *con carácter previo* a la formalización del contrato de asistencia sanitaria y recuperadora, la mutua debe solicitar autorización al Ministerio de Empleo y Seguridad Social mediante la comunicación del contenido del contrato a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. La comunicación se hará mediante el registro telemático que se habilite al efecto.



También el artículo determina los aspectos del contrato que deben acreditarse documentalmente.

En el **capítulo VI**, que comprende la regulación de las *Prestaciones de asistencia sanitaria a favor de personas no protegidas por las mutuas o protegidas cuando exista un tercero obligado al pago*, se incluyen los artículos 140 a 143 que regulan, respectivamente, el *Aprovechamiento de los centros sanitarios y recuperadores de las mutuas* (artículo 140); la *Asistencia sanitaria a favor de personas no protegidas por las mutuas o protegidas cuando exista un tercero obligado al pago* (artículo 141); la *Asistencia sanitaria con origen en sucesos que impliquen responsabilidad civil o criminal de un tercero* (artículo 142) y la *Naturaleza de los ingresos* (artículo 143).

El artículo 140 prevé que las mutuas, con carácter subsidiario respecto de las modalidades de colaboración entre ellas y con las Entidades Gestoras y los servicios públicos de salud, y cuando los centros sanitarios y recuperadores que gestionen dispongan de un margen de aprovechamiento que lo permita, puedan concertar la utilización de sus medios sanitarios y recuperadores con entidades privadas, para la realización de pruebas sanitarias y tratamientos. Esta posibilidad se condiciona a la previa autorización de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social y está sujeta tanto a que se fije una contraprestación a precio de mercado en el área geográfica de influencia, como a la garantía de que la realización de tales pruebas y tratamientos no podrá perjudicar los servicios a los que los centros estén destinados, ni perturbar la debida atención a los trabajadores protegidos.

El artículo 141 establece la forma en que habrá de fijarse la correspondiente tarifa de precios aplicable, previendo que esta tarifa será de aplicación tanto en los casos de dispensación de atenciones, prestaciones y servicios sanitarios a favor de personas, protegidas o no por las mutuas, cuando exista un tercero obligado a su pago, como a la dispensa por la mutua de prestaciones y servicios sanitarios a personas ajenas a su colectivo de trabajadores protegidos, o al de otra u otras mutuas con las que no existan mecanismos de colaboración.

El artículo 142 contempla el supuesto de que la prestación haya tenido como origen situaciones que impliquen responsabilidad criminal o civil de alguna persona. En tales casos, la mutua tras hacer efectiva la prestación a los trabajadores que protege, podrá reclamar al tercero responsable o, en su caso, al subrogado legal o contractualmente en sus obligaciones, el coste de las prestaciones sanitarias que hubiesen satisfecho.

Por último, el artículo 143 prevé que todos los ingresos que las mutuas generen en las instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores que gestionan al dispensar prestaciones y servicios sanitarios y recuperadores, tendrán el carácter de recursos de la Seguridad Social.



La disposición adicional primera se refiere a la *Condición de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social como empresarios y a efectos de Seguridad Social*, a fin de prever que en su condición de empresarios laborales, las mutuas están sujetas a las normas laborales y de Seguridad Social que en tal concepto les afecten. Matizando seguidamente que las mutuas no adquieren la condición de empresarios asociados a los efectos de las previsiones contenidas en este proyecto, por el hecho de asumir respecto de su propio personal la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

La disposición adicional segunda, sobre el *Canon por utilización de inmuebles pertenecientes al patrimonio histórico* fija el importe del canon por la utilización de bienes inmuebles integrantes del patrimonio histórico. Inicialmente este canon queda fijado en la cuantía equivalente al 7 por 100 del valor catastral que tenga asignado el inmueble a efectos del Impuesto sobre Bienes Inmuebles.

Una vez que se autorice la imputación del canon, el patrimonio histórico de la mutua debe asumir los gastos inherentes a la propiedad del inmueble y los gastos de conservación de los inmuebles que no se deriven directamente de la actividad desarrollada en los mismos.

La disposición adicional tercera aborda la regulación del *Reaseguro obligatorio*, determinando inicialmente el porcentaje de las cuotas satisfechas por las empresas asociadas por riesgos de incapacidad permanente, muerte y supervivencia que corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social como compensación de las obligaciones que asume en concepto de reaseguro obligatorio.

En la disposición adicional cuarta, se aborda la regulación del *Área geográfica de influencia*, estableciendo que corresponde a las disposiciones de aplicación y desarrollo de la norma, determinar el área geográfica de influencia, tomando como referencia la provincia, salvo en los supuestos de insularidad y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, así como otros criterios en función de la población protegida, extensión geográfica u otras circunstancias relevantes que pudieran concurrir.

La disposición adicional quinta, que establece el *Número de representantes de los trabajadores autónomos adheridos en la Junta general de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social*, prevé inicialmente dicho número teniendo en cuenta el grupo en el que se halla clasificada la mutua, de conformidad con lo establecido en el artículo 88.3 de la Ley General de la Seguridad Social.



La disposición transitoria primera, sobre *Adaptación de los estatutos y otras materias*, fija un plazo tanto para que las mutuas adapten sus estatutos a las previsiones del proyecto, como para que adecúen la composición de su Junta General y su Junta Directiva.

La disposición transitoria segunda, *Adaptación de contratos de gerentes y del resto de personal con funciones ejecutivas*, fija un plazo desde la entrada en vigor del proyecto para que los directores gerentes y el resto del personal con funciones ejecutivas adapten sus contratos de alta dirección al modelo que les sea proporcionado por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

La disposición transitoria tercera referida a los *Libros y registros electrónicos* prevé la posibilidad de que las mutuas puedan mantener, durante el año siguiente a la entrada en vigor del proyecto, los registros y libros existentes en tal momento.

La disposición transitoria cuarta, referida a los *Gastos de administración*, remite a las normas de desarrollo a los efectos de que se determinen en las mismas los porcentajes aplicables a cada grupo de cuotas a fin de obtener las cuantías en concepto de gastos de administración. No obstante esa remisión, en tanto se procede a la promulgación de tales normas se fijan los porcentajes aplicables por tal concepto.

La disposición transitoria quinta, *Importes para operaciones que precisan de autorización previa*, contempla los importes de operaciones a partir de los cuales es preceptivo obtener la autorización previa del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Las cuantías recogidas en dicha disposición permanecerán vigentes en tanto no se proceda a aprobar las normas de desarrollo correspondientes que pudieran modificar las cuantías actualmente recogidas.

La disposición transitoria sexta, referida a la *Compensación por gastos de desplazamiento*, identifica, hasta la aprobación de las disposiciones de aplicación y desarrollo correspondientes, los supuestos en los que resulta de aplicación la compensación por gastos de desplazamiento.

La disposición transitoria séptima, regula la *Tramitación telemática Cas@*, para determinar la aplicación de la Orden TIN/2786/2009, de 14 de octubre, por la que se implanta el proceso telemático normalizado CAS@, para la tramitación de las solicitudes de autorización y comunicaciones de los *contratos de servicios* con medios privados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a cargo de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, en tanto se aprueban las normas de aplicación y desarrollo del proyecto.



La disposición transitoria octava, *Cuantía de la fianza reglamentaria*, donde se prevé la validez de los importes de las fianzas constituidas de conformidad con lo establecido en el apartado 2 de la disposición adicional sexta del Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en la gestión de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 diciembre, hasta tanto se dicten las disposiciones de aplicación y desarrollo de este proyecto.

La disposición transitoria novena, referida a las *Indemnizaciones y compensaciones de los miembros de la Junta Directiva, de la Comisión de Control y Seguimiento y de la Comisión de Prestaciones Especiales*, establece la vigencia de la Orden TIN/246/2010, de 4 de febrero, por la que se fijan las compensaciones a satisfacer a los miembros de la junta directiva y de la comisión de prestaciones especiales de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, por su asistencia a las reuniones de dichos órganos, y en la Resolución de 14 de noviembre de 1995, de la Secretaría General de la Seguridad Social mediante la que se dictan normas de aplicación y desarrollo de la Orden de, 2 de agosto de 1995 sobre las Comisiones de Control y Seguimiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en tanto no se dicten las disposiciones de aplicación y desarrollo de este reglamento relativas a la cuantía de las indemnizaciones y compensaciones de los miembros de los órganos referidos.

La disposición final primera modifica *el artículo 5 del Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento general que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y condiciones para el derecho a las mismas*.

El artículo 5 del Reglamento de prestaciones del Régimen General, aprobado por Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, en su redacción vigente hasta la fecha, contiene un último inciso conforme al cual: *“Si el día del alta fuera víspera de festivo, o festivo, el trabajador tendrá derecho a percibir subsidio por tales días no laborales, con cargo a las expresadas Entidades o Empresas”*.

El artículo transcrito responde a una realidad, la de los años sesenta en que fue redactado, en que las jornadas laborales, salvo excepciones, respondían a un parámetro uniforme en que se excluían los domingos y festivos. No obstante, en la actualidad la realidad laboral es distinta y mucho más diversificada. De este modo la coincidencia entre día festivo y no laborable no siempre se produce, como tampoco todos los días no festivos son laborables para muchos trabajadores (piénsese por ejemplo en el caso de los sábados). Por otra parte, la toma en consideración de los días festivos en las distintas comunidades autónomas y localidades,



resulta incompatible con la actual informatización de los procesos de gestión de la incapacidad temporal. Todo ello exige replantearse esta cuestión para eliminar la previsión que actualmente existe respecto a los supuestos en que el alta se expida en festivo o víspera de festivo.

Esta nueva redacción, además, es la que se corresponde con la previsión del tercer párrafo del artículo 5.1 del Real Decreto 625/2014, conforme al cual *“El alta médica extinguirá el proceso de incapacidad temporal del trabajador con efectos laborales del día siguiente al de su emisión, sin perjuicio de que el referido servicio público, en su caso, siga prestando al trabajador la asistencia sanitaria que considere conveniente. El alta médica determinará la obligación de que el trabajador se reincorpore a su puesto de trabajo el mismo día en que se produzcan sus efectos”*.

Precisamente a este fin ha respondido la modificación del artículo 9.2 de la Orden de 13 de octubre de 1697, operada por la disposición final segunda de la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, que desarrolla el Real Decreto 625/2014, que ahora habría de llevarse al rango de real decreto

La disposición final segunda modifica varios artículos del *Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social*.

La modificación del real decreto 1300/1995, de 21 de julio, se lleva a efecto con el objetivo, entre otros que seguidamente se indican, de integrar en la composición de los Equipos de Valoración de Incapacidades a un letrado de la Administración de la Seguridad Social en los supuestos en los que haya de determinarse la contingencia, común o profesional, por haberse suscitado controversia al respecto. Se busca con ello atender adecuadamente los aspectos jurídicos implicados en dicha materia y examinados profusamente por la jurisprudencia. De este modo se profundiza en la consecución de una adecuada calificación de la contingencia, lo que, a su vez, se traducirá en un mayor acierto y en la consecuente reducción de la litigiosidad.

Con tal fin se modifica el artículo 2 de citado real decreto, en el que también se introducen ciertas actualizaciones y mejoras técnicas, así como modificaciones menores como la previsión de que el vocal que haya de actuar como secretario pueda ser titular de un puesto de trabajo de la unidad de trámite de las prestaciones de incapacidad temporal, y no solo de incapacidad permanente; o la posibilidad de que sean designados varios suplentes a cada uno de los vocales.

Además, se añade una disposición adicional, sexta, que faculta a la Dirección del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social para dictar las instrucciones de aplicación



precisas para la adecuada efectividad de dicha previsión, y una disposición transitoria, segunda (pasando la actual disposición transitoria única a ser la primera) en relación con la participación de los indicados letrados en los supuestos en que no se hubieran constituido los correspondientes Equipos de Valoración de Incapacidades, conforme a lo previsto en la actual disposición transitoria única (ahora primera).

Por otra parte, la letra f) del artículo 3.1 que ahora se modifica establece en su actual redacción la competencia de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) para la determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador, cuando les sea solicitado tal dictamen.

La nueva redacción que se propone implica recoger también entre las funciones de los EVI la de emisión de un dictamen-propuesta en los supuestos en que la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador derive de accidente, para determinar si éste es o no accidente de trabajo.

Cabe indicar que el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal, en su artículo 6, que regula el procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal, ya establece que los EVI deben emitir informe preceptivo sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad (apartado 4). Por tanto, la nueva redacción que ahora se propone de la letra f) del artículo 3.1 del Real Decreto 1300/1995, en lo que afecta al dictamen que deben emitir los EVI sobre la determinación de la contingencia en los supuestos de incapacidad temporal, está en consonancia con lo dispuesto en dicho artículo 6.4 del Real Decreto 1430/2009.

Asimismo, esta modificación está en consonancia con la operada en el Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, en esta misma norma, teniendo también en cuenta la justificación que al respecto se recoge más adelante.

En cuanto a la adición de un nuevo apartado 4 en el artículo 3, la misma se efectúa para incluir entre las funciones de los Equipos de Valoración de Incapacidades la de emitir dictámenes de carácter pericial no vinculantes sobre la correspondencia del grado de incapacidad permanente de los pensionistas residentes en España que perciban pensiones de incapacidad permanente con cargo a otros Estados. Ello resulta necesario por cuanto que, dado que nuestra normativa fiscal considera exentas a efectos del IRPF las pensiones de incapacidad permanente absoluta



y gran invalidez, resulta necesario, cuando se trata de perceptores de prestaciones de incapacidad permanente reconocidas por otro Estado que residan en España, determinar cuál es el grado de incapacidad con el que se correspondería conforme a la legislación española, a fin de determinar si es o no aplicable la referida exención.

Respecto a la inclusión de un nuevo párrafo en la letra b) del artículo 5, cabe señalar que de acuerdo con lo previsto en el artículo 170 del TRLGSS, agotado el plazo de duración de la situación de incapacidad temporal de trescientos sesenta y cinco días, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para determinar la situación del interesado, pudiendo, entre otras decisiones, reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente.

Por tanto el procedimiento que insta el INSS al amparo del citado artículo 170, tras la extinción de la incapacidad temporal por el transcurso de su plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, cuando concluye con el acuerdo de iniciar un procedimiento de incapacidad permanente, guarda “intima conexión” con éste último, por lo que correspondiendo al mismo órgano tramitar y resolver ambos, resulta procedente y necesaria su acumulación, al amparo de lo previsto en el artículo 57 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Asimismo, de acuerdo con el principio de simplificación administrativa previsto en el artículo 72 de la citada Ley 39/2015, que permite acordar en un solo acto todos los trámites que, por su naturaleza, admitan un impulso simultáneo, las Direcciones Provinciales del INSS cuando solicitan al EVI la emisión del dictamen propuesta para el ejercicio de la competencia que les atribuye el artículo 170, requieren igualmente al citado Equipo para que en estos casos en los que se propone iniciar el procedimiento de incapacidad permanente se pronuncie en ese mismo acto sobre el grado de incapacidad permanente que pudiera corresponder.

De esta forma, aquél acto de trámite de acumulación —que encuentra su fundamento en los principios de economía y de evitación de decisiones contradictorias— puede considerarse, más que un acto de inicio, un acto de desarrollo del procedimiento de incapacidad permanente.

Ahora bien, lo anterior no impide que, si durante la instrucción del procedimiento de incapacidad permanente y en concreto durante el trámite que se concede al interesado para que formule alegaciones, se presentasen documentos o informes médicos cuyo contenido no hubiera sido valorado, por la Dirección Provincial solicite nuevo dictamen propuesta del EVI o incluso la elaboración de un nuevo informe médico de síntesis.



En definitiva, se trata de la aplicación de los principios procedimentales de celeridad y unidad de criterio previstos en la ley que no redundan en perjuicio o indefensión del interesado.

La disposición final tercera modifica el *Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de la Tesorería General de la Seguridad Social*.

La modificación obedece a que la competencia de la entidad gestora para la determinación de la contingencia se encuentra recogida expresamente, a nivel reglamentario, respecto de las prestaciones de incapacidad temporal e incapacidad permanente (artículo 6 del Real Decreto 1430/2009 y Real Decreto 1300/1995, respectivamente), así como respecto de las prestaciones de muerte y supervivencia cuando se trata de declarar que derivan de enfermedad común, accidente no laboral o enfermedad profesional, en el real Decreto 1300/1995. Sin embargo existe una laguna respecto de la determinación de que el fallecimiento deriva de un accidente de trabajo. No obstante, esto resulta absurdo ya que por propia definición, la posibilidad de determinar si una muerte se ha producido por contingencia común o por enfermedad profesional, ha de llevar implícitamente la de declarar que ello no es así, y por ende que se trata de un accidente laboral. Además, el artículo 82.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, al establecer que corresponde a las la determinación inicial de la contingencia profesional, los hace “*sin perjuicio de su posible revisión o calificación por la entidad gestora competente de acuerdo con las normas de aplicación*”. Ello se añade que el artículo 167.4 del citado texto refundido atribuye a la entidad gestora “*la declaración, en vía administrativa, de la responsabilidad en orden a las prestaciones cualquiera que sea la prestación de que se trate, así como de la entidad que, en su caso, deba anticipar aquella o constituir el correspondiente capital coste*”.

Por tanto, y de acuerdo con dichas previsiones de rango legal, y con lo que ya se ha indicado al referirse a la modificación de la letra f) del artículo 3.1 del Real Decreto 1300/1995, se estima procedente la inclusión de una previsión expresa de dicha competencia entre las funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

La disposición final cuarta modifica varios artículos del *Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural*.

La adición de un nuevo apartado 7 al artículo 10 y de un nuevo apartado 4 al artículo 27, responde a la necesidad de establecer la expedición del correspondiente parte de alta médica por el facultativo del servicio público de salud, o el médico dependiente de la mutua o empresa



colaboradora si se trata de un proceso por contingencia profesional cuya gestión les corresponda, en aquellos casos en los que en el momento del inicio del descanso por maternidad o por paternidad el interesado se encuentre en situación de incapacidad temporal. Se trata de supuestos en los cuales el inicio de la maternidad o paternidad interrumpe el proceso de incapacidad temporal, que puede reanudarse si, una vez agotada la maternidad o paternidad, persiste aquella incapacidad temporal, para lo cual también se introduce ahora la necesidad de emitir un nuevo parte de baja médica.

La emisión de los referidos partes de alta y baja resulta necesaria para una gestión adecuada de los procesos de incapacidad temporal y del subsidio correspondiente, por cuanto que al interrumpir la maternidad o paternidad el cómputo de su duración se hace necesario cesar en la emisión de partes de confirmación y cerrar el proceso de incapacidad temporal, sin perjuicio de su posterior reapertura mediante un nuevo parte de baja médica. En la actualidad la única previsión en este sentido se encuentra recogida en el artículo 13 apartados 2 y 3 para los casos de maternidad biológica en que procede emitir informe de maternidad, por lo que resulta necesario ampliarlo a todos los casos.

A efectos de hacer factible esta expedición de los partes e innecesario el desplazamiento del trabajador al centro de salud, mutua o empresa colaboradora competente, se establece la exigencia de la previa comunicación por parte de la entidad gestora de las fechas de iniciación y finalización del descanso por maternidad y paternidad. La excepción a ello es el supuesto en el que de acuerdo con el artículo 13.2 segundo párrafo, proceda la emisión del alta médica por el servicio público de salud de forma simultánea al informe de maternidad.

Por otra parte, y teniendo en cuenta que transcurridos los 365 días en el proceso de incapacidad temporal los facultativos de los servicios públicos de salud y los médicos de las mutuas o empresas colaboradoras no tienen competencias en el control de los procesos de incapacidad temporal, que corresponde a la entidad gestora, se establece que en esos casos sea la entidad gestora la que determine la interrupción, y en su caso reanudación del proceso de incapacidad temporal como consecuencia del inicio del descanso por maternidad o paternidad.

Además, dado que en la actualidad los modelos de parte de baja/alta médica, establecidos por la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, que desarrolla el Real Decreto 625/2014, si bien recogen como causa de alta el inicio de la situación de maternidad, no incluyen como tal causa de alta el inicio de la situación de paternidad, se establece una disposición transitoria tercera conforme a la cual lo previsto en el párrafo primero del apartado 4 del artículo 27 será de



aplicación a partir de la fecha en que entre en vigor el modelo de parte médico que recoja como causa de alta en el proceso de incapacidad temporal el inicio de la situación de paternidad.

Los tres párrafos de los artículos 14, 21 y 30 que ahora se modifican establecen, en la redacción vigente hasta la fecha, que la solicitud de la prestación debe ir dirigida a la dirección provincial competente de la entidad gestora correspondiente, según el régimen de encuadramiento, de la provincia en la que el interesado tenga su domicilio.

Esta exigencia puede constituir hoy día una limitación para los interesados, pues no se justifica que se coarte su libertad para solicitar la prestación allí donde se encuentren o estimen conveniente. A veces ocurre que el nacimiento del hijo tiene lugar lejos del domicilio habitual y fuera de la provincia de pertenencia y, por tanto, a los interesados les resulta más asequible solicitar la prestación donde se encuentran en ese momento.

Por otra parte, los medios informáticos y electrónicos existentes en la actualidad hacen inoperante, respecto de este tipo de prestaciones, la necesidad de presentar obligatoriamente la solicitud en la provincia en que se tenga el domicilio.

Por este motivo y para facilitar la gestión de estas prestaciones en las direcciones provinciales, es conveniente proceder a la modificación de los artículos en el sentido que se propone.

De esta manera, la nueva regulación guarda coherencia, para las prestaciones por maternidad y paternidad, con lo dispuesto en el primer párrafo del apartado 3 del artículo 15 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de las correspondientes a la Tesorería General de la Seguridad Social, que les sería plenamente aplicable y que establece: *“Para el reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas de la Seguridad Social, en la gestión atribuida al Instituto Nacional de la Seguridad Social, serán competentes, con carácter general, los directores provinciales de la provincia en que se presente la correspondiente solicitud.”*

La modificación que se propone en la disposición adicional quinta viene determinada por los avances que se han llevado a cabo en la gestión de las prestaciones económicas de la Seguridad Social, que ha supuesto, entre otras medidas, la automatización de la tramitación de algunas de ellas, en cumplimiento, primero, de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, y posteriormente de la actual Ley



39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La posibilidad de que el contenido de los datos de los documentos y certificados que son necesarios para el trámite de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social se remita por sistema electrónico, está ya contemplado en el artículo 71 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social que, concretamente, en su apartado c) que establece que *“Los empresarios facilitarán a las entidades gestoras de la Seguridad Social los datos que estas les soliciten para poder efectuar las comunicaciones a través de sistemas electrónicos que garanticen un procedimiento de comunicación ágil en el reconocimiento y control de las prestaciones de la Seguridad Social relativas a sus trabajadores”*.

En este sentido, para el reconocimiento y tramitación de las prestaciones de maternidad y paternidad resulta precisa la aportación, con carácter general, de dos documentos: el libro de familia o certificado de inscripción del nacimiento en el Registro Civil, y el certificado de empresa donde conste la fecha en que se ha suspendido la relación laboral.

Para ello la entidad gestora ha desarrollado, ya hace varios años, un protocolo de comunicación con el Ministerio de Justicia, de forma que diariamente éste transmite a la entidad gestora todos los nacimientos que se producen. Asimismo, el Instituto ha desarrollado un protocolo de comunicación con las empresas (a través del sistema RED) que hace posible que comuniquen el contenido de los datos del certificado de empresa que recoge las bases de cotización y la fecha de suspensión de la relación laboral.

De esta forma, los ciudadanos no tienen que aportar la documentación señalada, puesto que los datos ya constan en la entidad gestora.

Además, en esa mejora en la gestión y el reconocimiento de las prestaciones, el INSS, a partir de marzo del año 2016, ha puesto en funcionamiento un procedimiento automático para reconocer las prestaciones por maternidad y por paternidad cuando los progenitores son biológicos, de forma que el reconocimiento de la prestación es inmediato cuando los ciudadanos pueden solicitar estas prestaciones sin aportar documento alguno.

Para poner en funcionamiento este procedimiento ha sido necesario, según establece el artículo 130 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, emitir una resolución por la Directora General del INSS de 23 de febrero de 2016 (BOE del día 1 de marzo), por la



que se regula la tramitación electrónica automatizada de diversos procedimientos de gestión de determinadas prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

Esta resolución señala en su Anexo, tanto en lo relativo a las prestaciones de maternidad como a las de paternidad, que para que puedan ser objeto de automatización, el empleador deberá informar a la entidad gestora, a través del sistema de remisión electrónica de datos sistema RED), de la fecha de inicio de la suspensión del contrato de trabajo.

Por su parte, la Intervención General de la Administración del Estado dictó resolución de 25 de febrero de 2016 (BOE de 3 de marzo), por la que se aprueban las normas para adaptar el control interno a las especialidades derivadas de la actuación administrativa automatizada en el reconocimiento del derecho de las prestaciones por maternidad y paternidad del sistema de la Seguridad Social.

Por lo tanto, la modificación normativa que se propone, por medio de la introducción de un nuevo apartado 2 en la disposición adicional quinta del Real Decreto 295/2009, no pretende únicamente que, al constar los datos de la suspensión de la relación laboral en la entidad gestora, los ciudadanos no tengan que aportar esa documentación; sino que, asimismo, se dé efectiva aplicación al nuevo procedimiento de automatización de las prestaciones, consiguiendo que la resolución de esas prestaciones se obtenga de forma inmediata en el momento en que se soliciten a través de Internet, puesto que el cálculo se realiza de forma automática sin intervención humana.

La referida entidad gestora viene trabajando e invirtiendo importantes sumas estos últimos años en un proyecto y unos, desarrollos informáticos que permitan evitar que los ciudadanos tengan que desplazarse a una oficina de la Seguridad Social para el reconocimiento de estas prestaciones, y así también reducir la carga de trabajo de los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) en todos estos supuestos, lo que supone alrededor de 500.000 visitas a año.

Y si bien es cierto que algunas empresas ya comunican a la entidad gestora el contenido de los datos a través del Sistema RED, también es cierto que hay empresas que no lo realizan y expiden un certificado al trabajador para que lo presente en los CAISS. De lo que se trata por tanto, es que esos datos que certifican las empresas a los trabajadores, y que resultan precisos para que estos últimos obtengan las prestaciones, los transmitan a través del sistema RED de forma obligatoria. De esta forma no solo se homogeneiza la gestión, sino que la Administración se acerca al ciudadano y le evita desplazamientos.



La disposición final quinta modifica *el artículo 2 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.*

La disposición final Trigésima primera tres de la Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017, ha modificado el artículo 170.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, incluyendo un nuevo contenido al párrafo segundo. Dicha modificación se ha hecho para incorporar la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en los supuestos en los que de acuerdo con lo previsto en ese artículo la entidad gestora acuerda el alta médica del trabajador al alcanzar el proceso los 365 días de duración, procede abonar el subsidio correspondiente al período transcurrido entre la resolución por la que se acuerda el alta y su notificación al interesado. En la nueva redacción, y con el fin de facilitar ese abono, se establece el pago directo por la entidad gestora o colaboradora responsable de la prestación.

Se procede ahora a modificar el artículo 2 del Real Decreto 1430/2009 para adaptarlo a dicha modificación, estableciendo el correspondiente desarrollo reglamentario, en el cual se prevé además la posibilidad del abono de oficio del subsidio correspondiente al indicado período, bajo determinados presupuestos.

Por otro lado, el alcance de la responsabilidad de las empresas colaboradoras en el pago del subsidio de incapacidad temporal correspondiente a los períodos de prolongación de efectos de la incapacidad temporal, es un tema que viene siendo controvertido desde la aprobación del Real Decreto 1300/1995, y Orden de 18 de enero de 1996 que vino a desarrollarlo.

La Dirección General de Ordenación e la Seguridad Social, en escrito de 11-7-1996, fijó un criterio conforme al cual en los supuestos en que el alta con propuesta de incapacidad permanente tenga lugar antes del agotamiento de la duración máxima de 18 meses será la empresa colaboradora la que siga siendo responsable del pago a sus trabajadores, y a su cargo, de la prestación correspondiente, y ello hasta la calificación de la incapacidad permanente, aun cuando ésta tenga lugar después de transcurridos los 18 meses. Por su parte, en los supuestos de extinción de la incapacidad temporal por agotamiento del transcurso del plazo máximo de 18 meses (sin que con anterioridad haya existido propuesta de incapacidad permanente), durante la prórroga de efectos la prestación correrá a cargo, con efectos desde el día siguiente a aquél en que su haya producido la extinción de dicha situación, de la entidad gestora o mutua correspondiente.



Esas pautas de actuación se adaptaron a la situación creada tras la atribución al INSS del control de la incapacidad temporal a partir de los 365 días, mediante el criterio 54/2002, conforme al cual:

- Cuando exista un alta con propuesta del servicio público de salud antes de los 365 días: la prolongación de efectos la sigue pagando la empresa colaboradora (no se refirió entonces a las altas dadas por el INSS antes de los 365 días, por no haberse atribuido aun esta competencia, pero merecerían la misma solución).
- Cuando el expediente se inicia por el INSS al cumplimiento del mes 12: la incapacidad temporal la sigue pagando la empresa colaboradora hasta la calificación de la incapacidad permanente, aunque ésta sea después de los 545 días.
- Cuando durante la prórroga de la situación de la incapacidad temporal el INSS inicia un expediente de incapacidad permanente antes de los 545 días: también la colaboradora sigue pagando el subsidio hasta la calificación de la incapacidad permanente aunque ésta se produzca después de los 545 días.
- Si el proceso agota los 545 días: la prolongación de efectos la abona el INSS o la mutua a partir de ese agotamiento.

Por otra parte, el art. 2.2 del Real Decreto 1430/2009 establece en su redacción hasta ahora vigente, que cuando, de acuerdo con lo previsto en el entonces artículo 128.1.a) del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, el INSS declare la prórroga expresa de la incapacidad temporal la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, la empresa colaboradora seguirá abonando el subsidio de incapacidad temporal "*bien hasta la extinción de la situación de incapacidad temporal bien hasta la calificación de la incapacidad permanente*". Además de no resultar un dicción totalmente clara, con la modificación que se llevó a cabo en 2014 del anterior 131 bis de la LGSS (hoy recogido en el 174 del texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre) esa redacción puede no ser muy coherente con el hecho de que el inicio de la incapacidad permanente durante la prórroga expresa de la situación de incapacidad temporal extingue ésta.

Con el fin de dar coherencia a la regulación relativa a esta cuestión, la modificación del citado artículo 2 incorpora expresamente la responsabilidad de la colaboradora con carácter general de todos los períodos de prolongación de efectos que en esos casos se producen, incluyendo, por tanto aquellos que se dan cuando se llega a agotar la duración máxima (los 545 días).



Mediante la disposición final sexta se *modifica el artículo 2 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.*

El segundo párrafo del artículo 2.5 que ahora se modifica, indica la obligatoriedad de que en los partes médicos de incapacidad temporal figure el código identificativo del centro de salud emisor de estos. La nueva redacción implica eliminar esta exigencia.

Al respecto conviene indicar que en los modelos de partes médicos de incapacidad temporal que contienen los anexos de la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, no se incluye el mencionado código identificativo, toda vez que el dato del centro es totalmente irrelevante para la gestión.

Además, en algunos servicios públicos de salud, el trabajador puede ir cambiando de centro si así lo desea durante su proceso de IT y este cambio no afecta a la gestión de la prestación.

La disposición final séptima modifica el artículo 47 del *Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento general sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social.*

La modificación instada persigue cubrir la laguna legal originada tras la modificación operada en la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que la cobertura de esta prestación se desvincula de la protección por contingencias profesionales pasando a ser de carácter voluntario, sin que se fije un plazo para optar por esta cobertura en el reglamento de afiliación.

La disposición final octava modifica el apartado 1 del artículo 29 del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, a fin de indicar que los trabajadores que causen baja en este Régimen Especial quedarán en situación asimilada a la de alta, a efectos de causar las pensiones por jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia, durante los noventa días naturales siguientes a la fecha de efectos de dicha baja.

La disposición final novena modifica el apartado 1.15 del artículo 36 del Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social, para indicar que en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, el período de los noventa días naturales siguientes a la fecha de efectos de la baja en dicho Régimen, a efectos, exclusivamente, de causar las prestaciones por jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia.



Mediante la disposición final décima se modifican el apartado 2 del artículo 6 y el artículo 7 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia a fin de determinar la forma de cálculo de la base reguladora y la cuantía del subsidio.

En relación con las disposiciones finales octava, novena y décima la necesidad de modificación de las normas en ellas referidas se justifica, según indica el INSS, en el hecho de que “hasta las modificaciones llevadas a cabo por la Ley 6/2017, 24 de octubre, de reformas urgentes del trabajo autónomo, tanto los efectos de la afiliación, altas y bajas, como el periodo de liquidación de cotizaciones en el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA), tenían siempre como referencia la mensualidad completa. Esta especialidad ha condicionado, a diversos efectos, la normativa reguladora de las prestaciones de la Seguridad Social en dicho régimen especial.

Como consecuencia de las modificaciones introducidas por la citada ley, los efectos del alta en el Régimen especial no se producirán en todo caso el día primero del mes en que se inicie la actividad por cuenta propia, ni los de la baja el último día del mes en que se cese en la misma, sino que hasta tres altas y tres bajas dentro de cada año natural tendrán efectos desde el mismo día en que concurran o cesen, respectivamente, las condiciones de inclusión en el Régimen. En coherencia, también se ha modificado la cotización para ajustarla a estos efectos. Dichas modificaciones entrarán en vigor el día 1 de enero de 2018.

Resulta, por tanto, necesario, adaptar a ello distintas normas que, en materia de acción protectora del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, partían de la anterior configuración.

A ello responde, en primer lugar, la modificación del apartado 1 del artículo 29 del Decreto 2530/1970 de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y del apartado 1.15 del artículo 36 del Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social. Ambos, en su vigente redacción, recogen como situación asimilada a la de alta para los trabajadores del RETA, el período de “los noventa días naturales siguientes al último día del mes de su baja”. Dicha regulación se correspondía con la situación anterior en la que los efectos de la baja en el Régimen, y el cese de la obligación de cotizar derivada de ella, siempre tenían efectos el último día del mes. No obstante, puesto que ahora no siempre va a



ser así procede sustituir la referencia a ese último día del mes, por aquella en que tenga efectos dicha baja. Por otra parte, se introduce una precisión respecto del alcance de la consideración como asimilada a la de alta de dicha situación, que se corresponde con el que resulta del conjunto de las normas actualmente vigentes, por lo que dicha precisión no supone alteración alguna del actual alcance.

Igualmente resulta necesario adaptar la regulación de la base reguladora del subsidio de incapacidad temporal, y de las prestaciones de incapacidad permanente y muerte y supervivencia derivadas de contingencia profesional, contenidas respectivamente en los artículos 6.2 y 7 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia. A tal fin se incluye en dichos artículos una mención expresa a que la base de cotización tomada en consideración para el cálculo de las referidas bases reguladoras será en todo caso la que corresponda en cómputo mensual, con el fin de evitar dudas respecto a aquellos supuestos en los que, por no coincidir el alta en el régimen con el día primero del mes o la baja con el último día del mismo, la cotización no alcanzara el mes completo. Por otra parte, se aprovecha para incluir una precisión respecto al cálculo de la base reguladora del subsidio de incapacidad temporal en los casos en que la baja médica se produzca el mismo mes de alta en el régimen, similar a la prevista para el régimen general en el artículo 13.3 del Decreto 1646/1972, de 23 de junio, para la aplicación de la Ley 24/1972, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social”.

La disposición final undécima, recoge las *Facultades de aplicación y desarrollo*, previendo que corresponde al titular del Ministerio de Empleo y Seguridad Social dictar cuantas disposiciones sean precisas para la aplicación y desarrollo de esta norma.

B) Tramitación del proyecto

El real decreto proyectado, cuyo ponente es la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, se ha tramitado cumpliendo los requerimientos previstos en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, conforme a la redacción dada por la disposición final tercera apartado 12 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Así, el proyecto ha sido/será objeto de los siguientes informes y trámites:

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



- De acuerdo con lo previsto en el artículo 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el artículo 26.2 de la Ley del Gobierno, se ha procedido con carácter previo a la elaboración del proyecto normativo al trámite de consulta pública previa al objeto de recabar la opinión de los sujetos y organizaciones más representativas que pudieran verse afectados por la futura norma, entre los días 19 de junio y 4 de julio de 2017, ambos inclusive. En el trámite de consulta pública se han recibido un total de seis aportaciones. Las principales aportaciones recibidas durante la consulta pública se pueden resumir como sigue:
 - Por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) se pone de manifiesto la conveniencia de que las mutuas incorporen a sus cartera de servicios funciones de apoyo a los trabajadores con discapacidad sobrevenida y que presten asesoramiento a las empresas para adaptación, acondicionamiento del puesto de trabajo y del entorno laboral.
 - CSIF/Asepeyo: se solicita que haya suficiencia de gastos de administración para cubrir la nómina de los empleados, que sea de aplicación, a efectos de retribuciones, el convenio general de la AGE y que se aclare la pertenencia de las mutuas al sector público estatal.
 - Por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT): se solicita una fracción de cuota adecuada y suficiente para la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes y garantía de dotación de la reserva en su nivel mínimo para cada mutua; autonomía de gestión en los Capítulos I y II y que se dote el Patrimonio Histórico de las mutuas.
 - Los particulares se muestran favorables al proyecto de real decreto, aunque formulan varias solicitudes. Así:
 - Que no se les apliquen los recortes y "congelación salarial" que el resto de empleados del sector público por el ámbito de actuación de las mutuas. Y que les sea de aplicación a los trabajadores de las mutuas el Estatuto de los Trabajadores.
 - Que todas las empresas tengan su representación y su espacio en la Junta Directiva.
 - Que se haga una profunda e intensa auditoría.



- Que se modifique el actual RD de colaboración a fin de introducir modificaciones de carácter técnico que afectan a los documentos de asociación, plazos para comunicar el cese en la asociación en una mutua, valor del informe de la representación de los trabajadores. Así como medios de comunicación con la Administración.
- Se han solicitado informes de las unidades dependientes del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- En cumplimiento del artículo 26.6 de la Ley del Gobierno, se procederá al trámite de audiencia mediante la publicación del texto en el portal web del Departamento, así como a la audiencia directa de las organizaciones o asociaciones reconocidas por ley que agrupen o representen a las personas cuyos derechos o intereses legítimos se vieran afectados por la norma y cuyos fines guarden relación directa con su objeto.
- De conformidad con el artículo 26.5 de la Ley del Gobierno, deberá ser informado por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Finalmente la tramitación se completará con la petición de dictamen al Consejo de Estado, relativo al proyecto de real decreto y de su memoria.

Se han recabado informes de las siguientes unidades dependientes del Ministerio de Empleo y Seguridad Social:

Gerencia de Informática de la Seguridad Social.

No formula observaciones.

Secretaría de Estado de Empleo.

No formula observaciones.

Instituto Social de la Marina.

No formula observaciones.

Secretaría General de Inmigración y Emigración.

No formula observaciones.

Instituto Nacional de la Seguridad Social.



1.- En primer lugar efectúa una observación de carácter formal que se acepta, procediéndose a modificar el texto en consonancia con la observación formulada.

2.- En relación con el artículo 81 indica que a la comunicación de “la pretensión de la mutua” debería añadirse la comunicación del “informe motivado” elaborado por la misma sobre la contingencia de la que considera que deriva el fallecimiento de forma que el solicitante de la prestación conocería los elementos de juicio y las razones en las que se basa la mutua para determinar la contingencia de la que deriva el fallecimiento, evitándose así la posible indefensión en que se encontraría el interesado si solamente conociese la pretensión la mutua. Para ello proponen dar nueva redacción al párrafo segundo del apartado 2 del artículo 81 con el siguiente tenor:

La entidad gestora de la Seguridad Social comunicará a los solicitantes de la prestación la pretensión de la mutua colaboradora y el informe motivado elaborado por la misma, indicándoles que disponen de un plazo de diez días para aportar la documentación y hacer las alegaciones que estimen oportunas respecto de cuál sea la causa de la muerte.

También en relación con el apartado 2 del referido artículo formulan las siguientes observaciones:

En el quinto párrafo, segunda línea proponen suprimir “la coma” que figura después de Seguridad Social.

En los párrafos sexto y séptimo consideran más adecuado refundir dichos párrafos en uno solo por lo que el párrafo resultante sería:

La resolución que se dicte se pronunciará sobre la contingencia, común o profesional, de la que derive el fallecimiento del causante, así como sobre el sujeto responsable de las prestaciones por muerte y supervivencia. El plazo máximo para adoptar y notificar la resolución en este procedimiento será de 60 días.

En el párrafo octavo proponen algunas mejoras de redacción que supondrían que el párrafo pasase a tener la siguiente redacción:

Si la entidad gestora de la Seguridad Social no dictase y notificase resolución expresa en el indicado plazo máximo, la mutua colaboradora dictará el acuerdo que corresponda sobre la



solicitud del beneficiario. No obstante, mientras no se dicte el indicado acuerdo por la mutua, la entidad gestora de la Seguridad Social podrá dictar resolución expresa a que se refiere el párrafo anterior, siempre y cuando la mutua no haya dictado el acuerdo correspondiente.”

En el apartado 3, tercer párrafo, proponen en aras de una mayor precisión sustituir el inciso final por la siguiente redacción:

En el caso de que la mutua hubiese abonado una prestación de pago único, el beneficiario estará obligado a su reintegro íntegro a la mutua.

En relación con el apartado 5, formulan las siguientes observaciones:

Respecto de los párrafos segundo y tercero proponen algunas mejoras de redacción, en los siguientes términos:

En este caso, la entidad gestora comunicará la iniciación del procedimiento de determinación de la contingencia a la mutua correspondiente y a los demás interesados, para que en el improrrogable plazo de diez días hábiles aporten los antecedentes de que dispongan, así como informe motivado sobre la contingencia de la que consideran que deriva el fallecimiento.

Instruido el expediente, si la entidad gestora considera que la muerte se debe a accidente de trabajo dictará resolución en tal sentido y la notificará a la mutua colaboradora responsable de las prestaciones de muerte y supervivencia y a los beneficiarios, con los efectos previstos en el apartado tercero anterior.

En el párrafo cuarto, indican que hay una errata que debe corregirse.

En cuanto al apartado 6, primer párrafo, proponen para una mayor precisión del contenido de este apartado, la siguiente redacción del mismo:

En el supuesto de que el procedimiento de determinación de la contingencia se inicie por una mutua colaboradora y la entidad gestora no hubiera dictado resolución expresa sobre la contingencia, si la mutua deniega la solicitud del beneficiario por entender que el fallecimiento no se debió a un accidente de trabajo, la entidad gestora competente, previa la preceptiva fiscalización, reconocerá provisionalmente el derecho a la prestación por muerte y supervivencia de pago periódico, como derivada de accidente no laboral, siempre que exista un principio de prueba suficiente de que concurren los requisitos exigibles para ello, unido a los



demás requisitos necesarios para reconocer la prestación de que se trate. Dicho reconocimiento provisional se efectuará en la cuantía más baja de las que finalmente pudieran corresponder.

Cuando se aprecie la existencia de situaciones de urgente necesidad, exista prueba suficiente y concurren los demás requisitos necesarios para el reconocimiento de la prestación, el director provincial de la entidad gestora podrá adoptar una resolución provisional antes del plazo indicado en el apartado anterior.

Cuando el acuerdo de la mutua colaboradora sea firme, bien por no haber sido recurrido en plazo o bien, cuando habiéndose recurrido, se haya dictado sentencia firme, se dictará resolución definitiva, que podrá modificar la resolución provisional.

Se aceptan las observaciones formuladas respecto del artículo 81 procediéndose a su modificación conforme a las observaciones formuladas por el INSS. No obstante lo anterior, no se considera necesario incorporar el segundo párrafo propuesto, ya que las situaciones de necesidad que puedan derivarse para el interesado como consecuencia de la falta de resolución de la entidad gestora respecto de la contingencia, y la denegación por la mutua de la prestación, se consideran suficientemente cubiertas a través de la resolución provisional prevista en el párrafo primero de ese mismo apartado.

3.- En relación con el artículo 82, proponen respecto del apartado 2.b).1ª), que respetando su contenido del apartado, y en aras a una mayor claridad, debería modificarse en el sentido siguiente:

En caso de fallecimiento de un trabajador en activo por cuenta propia o ajena que tuviera cubiertas las contingencias profesionales, la responsabilidad corresponderá a la entidad gestora o mutua que cubriera tales contingencias en la fecha del fallecimiento.

No obstante, si en la fecha de fallecimiento el trabajador estuviera en situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional, la responsabilidad de las prestaciones corresponderá a la entidad gestora o mutua que cubriera las contingencias profesionales en la fecha de la baja médica. En el supuesto de recaída la responsabilidad corresponderá a la entidad gestora o mutua que cubriera las contingencias profesionales en la fecha de la baja médica inicial.



Dicha responsabilidad corresponderá a la entidad gestora o mutua, con independencia de que en la actividad que determinara el alta en el correspondiente régimen de la Seguridad Social en la fecha a tener en cuenta de acuerdo con lo dispuesto en los párrafos precedentes, concurriera o no el riesgo de contraer la enfermedad profesional de que se trate.

Se acepta la observación y se procede a modificar el referido artículo.

4.- En relación con el artículo 123 formula las siguientes observaciones:

En primer lugar indica que si bien la denominación del capítulo I es “contenido y duración de las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperadora, los dos artículos que lo componen sólo se refieren de una forma expresa a la asistencia sanitaria.

Se procede a eliminar el término “recuperadora” de la denominación del capítulo en línea con las observaciones del INSS.

Seguidamente realiza alguna consideración en relación con el contenido de la asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional. En particular indica que su redacción supone “resucitar” el artículo 11.2 del Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, que fue expresamente derogado por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Sobre esta cuestión considera el INSS que la referida derogación supuso que la extensión de la asistencia sanitaria (Disposición adicional 6ª de la Ley 33/2011, de 5 de octubre, General de Salud Pública) no difiere por razón de la contingencia, sino que es la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (ley 16/2003, de 28 de mayo, y Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre) y, en su caso, la complementaria de la comunidad autónoma competente, la que determinará dicha extensión.

El órgano proponente de la norma difiere de la apreciación que realiza el INSS al respecto por cuanto, como se indica en la memoria de análisis de impacto normativo del reglamento y transcribe el INSS en sus observaciones, el objetivo que se persigue es, precisamente, restablecer las prestaciones sanitarias específicas que tengan derecho a recibir los lesionados como consecuencia de una contingencia profesional.



En efecto, una de las características determinantes y diferenciadoras de las contingencias profesionales frente a las comunes radica en el tratamiento que siempre se ha dispensado en materia de asistencia sanitaria a las contingencias profesionales. Y ello es así por cuanto en el caso de las contingencias profesionales estamos ante una asistencia sanitaria de carácter contributivo que se financia con las primas de accidente de trabajo y enfermedad profesional, frente a la protección de carácter universal de la alteración de la salud derivada de lesiones o enfermedades que no tienen tal carácter profesional. Siendo ello así, nos encontraríamos con una garantía de que los trabajadores lesionados como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional tienen garantizado el acceso a las prestaciones sanitarias previstas en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud, e incluso en su caso a las prestaciones incluidas en la cartera complementaria de la comunidad autónoma. Respetando esa garantía de cobertura igual para todos, nada impide que con cargo a las cuotas de contingencias profesionales se financien prestaciones asistenciales dirigidas al colectivo de trabajadores que haya sufrido una contingencia profesional.

En efecto, nada impide que la Seguridad Social pueda mejorar la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en la asistencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional que dispensa, tal y como se deduce de la disposición adicional 6ª de la Ley 33/2011, o del propio Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La percepción del INSS en relación con el contenido de la memoria de que la asistencia sanitaria por contingencia profesional podría tener un alcance distinto cuando dichas contingencias fueran cubiertas por una entidad gestora y por una mutua obedecería al hecho de que siendo el objeto del reglamento el desarrollo del régimen de la colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, a ellas se restringe la previsión, en el entendimiento de que no cabría imponer una previsión de este tipo a una entidad gestora de la Seguridad Social.

Por otro lado, se coincide con el INSS en que no podría aceptarse que hubiera diferencias en la protección de asistencia sanitaria entre mutuas, por lo que una vez vigente el reglamento de colaboración se procederá a aprobar las normas de aplicación y desarrollo necesarias para garantizar la igualdad de los trabajadores que hayan sufrido una contingencia profesional, con independencia de la mutua en la que se hallen protegidos. A tales efectos, se procede a incluir una remisión a las normas de aplicación y desarrollo del reglamento a efectos de la



determinación de las prestaciones concretas que comprenderá la asistencia sanitaria específica por contingencias profesionales.

Tampoco se comparte que el alcance de la prestación de asistencia sanitaria que se recoge en el artículo 123 del proyecto pudiera ir en contra de lo previsto en el artículo 82.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, conforme al cual “las prestaciones y los servicios atribuidos a la gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social forman parte de la acción protectora del sistema y se dispensarán a favor de los trabajadores al servicio de los empresarios asociados y de los trabajadores por cuenta propia adheridos conforme a las normas del régimen de la Seguridad Social en el que estén encuadrados y con el mismo alcance que dispensan las entidades gestoras en los supuestos atribuidos a las mismas, con las particularidades establecidas en los siguientes apartados”, en efecto, una interpretación lógica y sistemática de la normativa, así como jurisprudencia consolidada al respecto, permitiría entender que el principio de “reparación íntegra del daño causado” que ha propugnado la jurisprudencia del Tribunal Supremo, continúa vigente en la actualidad y permite el establecimiento de una asistencia sanitaria específica para los casos de accidente de trabajo y enfermedad profesional, financiada con cargo a cuotas de Seguridad Social y con un contenido propio y específico que no tiene por qué restringirse al establecido en la normativa reguladora de la cartera de servicios comunes –y complementarios- del sistema nacional de salud.

5.- Respecto de la disposición transitoria sexta, referida a la compensación por gastos de desplazamiento, señala que la compensación de los gastos de desplazamiento en que incurran los beneficiarios de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales encontraba su fundamento en el artículo 11 del Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, que como ya se ha indicado, ha quedado derogado por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, considerando, por tanto, pertinente hacer respecto a esta disposición transitoria las mismas consideraciones que ya realizó respecto al artículo 123.

A juicio del INSS la cobertura o no de los gastos de desplazamiento vendrá determinada por el alcance de la asistencia sanitaria otorgada por el Sistema Nacional de Salud, que es idéntico para contingencias comunes o profesionales, considerando que resultaría contrario al artículo 82.1 LGSS, que la protección otorgada en este punto fuera distinta según que la cobertura la estableciera una mutua o una entidad gestora. Así como al hecho de que en relación con los actos de control y seguimiento, la propia Orden TIN/971/2009 prevé en su artículo 2 la compensación de los gastos causados a comparecencias solicitadas por entidades gestoras o mutuas colaboradoras, sin que se considere oportuno establecer, ni aún con carácter



transitorio, una regulación distinta a la contenida en esta orden. Por otro lado, en relación con la compensación de los gastos de desplazamiento para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores, indica el INSS que hasta la fecha, no se ha establecido en ningún supuesto dicha compensación cuando se deriven de contingencia común, sin que proceda, por las razones ya indicadas, introducir una regulación que vaya más allá de la prevista en la regulación del sistema nacional de salud, ni que pueda suponer una mayor protección en los casos en que los procesos se encuentren cubiertos por una mutua.

No se comparten las observaciones que formula en INSS sobre esta cuestión. Como se indicó en relación con las observaciones al artículo 123 del proyecto, no hay impedimentos legales para el establecimiento de mejoras que se abonen con cargo a cuotas de Seguridad Social por contingencias profesionales, y que supongan una mejora en la protección que el sistema concede frente a las situaciones de necesidad generadas por tales contingencias profesionales.

Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse además en cuenta que con la regulación de los gastos de desplazamiento derivados tanto de la necesidad de recibir asistencia sanitaria, como de la asistencia del trabajador a las citaciones para el control y seguimiento de su baja médica –por contingencias comunes y profesionales-, se trata de unificar la diversa y dispersa normativa vigente, dotando a la compensación de los gastos de desplazamiento de un régimen jurídico común y unificado que ofrezca suficiente garantía jurídica a quienes precisen de estos servicios.

6.- En relación con la disposición final cuarta, por la que se modifica el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, se indica que debe suprimirse el número 2 de la referida disposición adicional quinta, por cuanto lo dispuesto en dicho número ya se ha recogido en el proyecto de Orden Ministerial por la que se modifica la Orden ESS/484/2013, de 26 de marzo, por la que se regula el sistema de remisión electrónica de datos en el ámbito de la Seguridad Social.

Se acepta la propuesta y se procede a la supresión indicada.

7.- Finalmente, interesan la inclusión en el texto del proyecto de las siguientes nuevas disposiciones finales



Disposición final... *Modificación del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.*

El apartado 1 del artículo 29 del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, queda redactado en los siguientes términos:

«1. Los trabajadores que causen baja en este Régimen Especial quedarán en situación asimilada a la de alta, a efectos de causar las pensiones por jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia, durante los noventa días naturales siguientes a la fecha de efectos de dicha baja.»

Disposición final... *Modificación del Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social.*

El apartado 1.15 del artículo 36 del Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social, queda redactado en los siguientes términos:

«15. En el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, el período de los noventa días naturales siguientes a la fecha de efectos de la baja en dicho Régimen, a efectos, exclusivamente, de causar las prestaciones por jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia.»

Disposición final... *Modificación del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.*

El Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la



prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia, queda modificado como sigue:

Uno. Se da nueva redacción al apartado 2 del artículo 6, con el siguiente contenido:

«2. La cuantía diaria del subsidio será el resultado de aplicar el porcentaje establecido en el artículo undécimo b) a la correspondiente base reguladora.

La base reguladora de la prestación estará constituida por la base de cotización del trabajador correspondiente al mes anterior al de la baja médica, tomada en cómputo mensual, dividida entre 30. Cuando el alta del trabajador en el Régimen Especial se hubiera producido el mismo mes de la baja médica, lo indicado en este párrafo se aplicará en referencia al citado mes. »

Dos: Se modifica el artículo 7 que queda redactado del siguiente modo:

«Artículo 7. Base reguladora de las prestaciones.

La base reguladora de las prestaciones de incapacidad permanente y de muerte y supervivencia, derivadas de contingencias profesionales, será equivalente a la base de cotización del trabajador en la fecha del hecho causante de la prestación, tomada en cómputo mensual»

La inclusión de las disposiciones finales que se pretenden incorporar se justifica, como indica el INSS, en el hecho de que “hasta las modificaciones llevadas a cabo por la Ley 6/2017, 24 de octubre, de reformas urgentes del trabajo autónomo, tanto los efectos de la afiliación, altas y bajas, como el periodo de liquidación de cotizaciones en el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA), tenían siempre como referencia la mensualidad completa. Esta especialidad ha condicionado, a diversos efectos, la normativa reguladora de las prestaciones de la Seguridad Social en dicho régimen especial.

Como consecuencia de las modificaciones introducidas por la citada ley, los efectos del alta en el Régimen especial no se producirán en todo caso el día primero del mes en que se inicie la actividad por cuenta propia, ni los de la baja el último día del mes en que se cese en la misma, sino que hasta tres altas y tres bajas dentro de cada año natural tendrán efectos desde el mismo día en que concurran o cesen, respectivamente, las condiciones de inclusión en el Régimen. En coherencia, también se ha modificado la cotización para ajustarla a estos efectos. Dichas modificaciones entrarán en vigor el día 1 de enero de 2018.



Resulta, por tanto, necesario, adaptar a ello distintas normas que, en materia de acción protectora del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, partían de la anterior configuración.

A ello responde, en primer lugar, la modificación del apartado 1 del artículo 29 del Decreto 2530/1970 de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y del apartado 1.15 del artículo 36 del Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social. Ambos, en su vigente redacción, recogen como situación asimilada a la de alta para los trabajadores del RETA, el período de “los noventa días naturales siguientes al último día del mes de su baja”. Dicha regulación se correspondía con la situación anterior en la que los efectos de la baja en el Régimen, y el cese de la obligación de cotizar derivada de ella, siempre tenían efectos el último día del mes. No obstante, puesto que ahora no siempre va a ser así procede sustituir la referencia a ese último día del mes, por aquella en que tenga efectos dicha baja. Por otra parte, se introduce una precisión respecto del alcance de la consideración como asimilada a la de alta de dicha situación, que se corresponde con el que resulta del conjunto de las normas actualmente vigentes, por lo que dicha precisión no supone alteración alguna del actual alcance.

Igualmente resulta necesario adaptar la regulación de la base reguladora del subsidio de incapacidad temporal, y de las prestaciones de incapacidad permanente y muerte y supervivencia derivadas de contingencia profesional, contenidas respectivamente en los artículos 6.2 y 7 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia. A tal fin se incluye en dichos artículos una mención expresa a que la base de cotización tomada en consideración para el cálculo de las referidas bases reguladoras será en todo caso la que corresponda en cómputo mensual, con el fin de evitar dudas respecto a aquellos supuestos en los que, por no coincidir el alta en el régimen con el día primero del mes o la baja con el último día del mismo, la cotización no alcanzara el mes completo. Por otra parte, se aprovecha para incluir una precisión respecto al cálculo de la base reguladora del subsidio de incapacidad temporal en los casos en que la baja médica se produzca el mismo mes de alta en el régimen, similar a la prevista para el régimen general en el artículo 13.3 del Decreto 1646/1972, de 23 de junio, para la aplicación de la Ley 24/1972, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social”.



Justificada la necesidad de proceder a las modificaciones normativas indicadas se procede a incorporar las disposiciones finales que interesa el INSS.

Dirección del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social.

Por la Dirección del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social se formulan las siguientes observaciones:

1.- En relación con el artículo 73, referido a los registros, indica la conveniencia de diferenciar la información y los datos que deben figurar en los dos registros a los que se alude en el artículo referido.

Analizado el contenido de los registros previsto en el artículo 73, el órgano proponente de la norma no aprecia la necesidad de diferenciar la información y los datos que deben figurar en los mismos, dado que el elemento esencial en ambos registros es la existencia de una contingencia determinante ya sea de prestación económica o sanitaria. De ahí que se considere necesario mantener la redacción actual de cara a permitir el cruce de datos entre ambos registros.

2.- Respecto al artículo 81, sobre determinación de la contingencia en supuestos de muerte y supervivencia.

Indica en relación con el apartado que se configura así un procedimiento administrativo incidental que se inicia a solicitud de la mutua y que debe finalizar con una resolución, que finaliza con la resolución que corresponda del director provincial competente del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

En relación con dicha tramitación efectúan las siguientes consideraciones:

- El precepto señala que *“Emitido informe por el equipo de valoración de incapacidades, el director provincial competente de la Entidad Gestora de la Seguridad Social, dictará la resolución que corresponda, en el plazo máximo de cinco días hábiles”*. El señalamiento de este plazo de cinco días (respecto del que no se indica desde cuándo se inicia el cómputo) puede producir problemas interpretativos en relación con la determinación del momento en que ha de entenderse que existe una resolución presunta del procedimiento, teniendo en cuenta que el precepto, a continuación, prevé que *“El plazo máximo para adoptar y notificar la resolución en este procedimiento será de 60 días”*. Se señalan, por tanto, dos plazos en los que debe dictarse la resolución, lo cual, como decimos, introduce un elemento de confusión sobre cuándo habría de entenderse que se ha producido la resolución presunta. Ello aconsejaría establecer un



único plazo de resolución del procedimiento que parece que debería ser el referenciado a la duración total del procedimiento.

- En relación con la indicada previsión sobre que *“El plazo máximo para adoptar y notificar la resolución en este procedimiento será de 60 días”*, debería indicarse cuándo se inicia el cómputo de dicho plazo.
- Señala asimismo que el precepto viene a establecer es una suerte de estimación por silencio administrativo de la pretensión de la mutua de que se declare que el fallecimiento no se ha producido a consecuencia de un accidente de trabajo. Esto es así por cuanto, si la mutua ha remitido a la entidad gestora la cuestión es porque, como indica el párrafo primero del apartado 2 *“considera que el fallecimiento no se ha producido a consecuencia de un accidente de trabajo”*, de manera que, si la Entidad gestora no dicta y notifica en plazo la resolución, el acuerdo que dicte la mutua, lógicamente, tendrá como base que el fallecimiento no se ha producido a consecuencia de un accidente de trabajo (lo cual, como se dijo, era la pretensión de la mutua al iniciar el procedimiento).

Y en relación con ello, llama la atención sobre el hecho de que el artículo 129 de la Ley General de la LGSS prevé, como regla general, el sentido desestimatorio del silencio administrativo, salvo las excepciones que expresamente recoge. Conforme al citado precepto *“En los procedimientos iniciados a solicitud de los interesados, una vez transcurrido el plazo máximo para dictar resolución y notificarla fijado por la norma reguladora del procedimiento de que se trate sin que haya recaído resolución expresa, se entenderá desestimada la petición por silencio administrativo”*, si bien, *“Se exceptúan de lo dispuesto en el párrafo anterior los procedimientos relativos a la inscripción de empresas y a la afiliación, altas y bajas y variaciones de datos de los trabajadores iniciados a solicitud de los interesados, así como los de convenios especiales, en los que la falta de resolución expresa en el plazo previsto tendrá como efecto la estimación de la respectiva solicitud por silencio administrativo”*. En consecuencia, en el presente caso, en el que se trata de un procedimiento iniciado por la mutua, como sujeto interesado, el transcurso del plazo máximo para dictar la resolución y notificarla tendría como consecuencia el que se tuviera por desestimada la petición por silencio administrativo.

- Continúa indicando que el apartado 3 del artículo 81 dispone, en su párrafo segundo, que *“La resolución será comunicada a los solicitantes de las prestaciones y a la mutua, preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos, y se considerará dictada con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, conforme a lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social”*. La resolución a que está haciéndose referencia es a la dictada por



el director provincial de la entidad gestora en el referido procedimiento iniciado por la mutua cuando considere que el fallecimiento no se ha producido a consecuencia de un accidente de trabajo que, como se ha indicado, se regula en el apartado 2. Es por ello que, por razones sistemáticas, parece que lo dispuesto en este párrafo segundo debería incorporarse al apartado 2 de este artículo 81.

En relación con tales observaciones se hacen las siguientes consideraciones:

Respecto de la observación relativa al plazo para resolver, se coincide en la posibilidad de que pueda llevarse a confusión por lo que se suprime el plazo de 5 días y se indica expresamente el momento a partir del cual comienza a computarse el plazo de 60 días.

En segundo lugar, en relación con los efectos del silencio en caso de no resolver la Entidad Gestora, se considera que en el supuesto previsto en el artículo cuestionado, no es aplicable dicho precepto. En primer lugar porque en este procedimiento interno de determinación de la contingencia son interesados tanto la mutua que lo inicia como el ciudadano ambos con pretensiones contrapuestas por lo que la falta de resolución en plazo no puede producir efectos desestimatorios para uno y estimatorio para otro. En segundo lugar porque este procedimiento es un procedimiento declarativo en el que se pide a la administración que declare la contingencia, contingencia que no ha sido todavía declarada y sobre la que existe discrepancia entre el solicitante de la prestación y la mutua, por lo que atribuir un valor desestimatorio al silencio sobre la base de la pretensión de la mutua no deja de resultar extraño cuando lo que se solicita es que se califique una circunstancia que todavía no ha sido declarada. En tercer lugar porque a la mutua le resultaría dificultoso impugnar la actuación de la administración sobre la base de su no declaración, es decir, la competencia para la declaración es de la entidad gestora y si esta no la ejerce obligaríamos a la mutua a impugnar lo no declarado sobre la base de la desestimación por silencio de una pretensión de declaración que no ha sido ejercida. Y finalmente porque creemos que la solución que hemos dado es la más simple y la que conjuga mejor los intereses tanto del ciudadano como de la mutua sin que la pasividad de la administración beneficie a uno y perjudique a otro.

Además en este supuesto y ante un acuerdo desestimatorio de la mutua de la pretensión del ciudadano y su posible impugnación judicial se ventilaría todo el procedimiento en una sola impugnación en la que se analizarían todas las circunstancias de la misma, lo que no ocurriría de dar valor desestimatorio al silencio como pretende el servicio jurídico ya que la mutua podría impugnar la falta de resolución de la entidad gestora (su no declaración), y por otro lado siempre quedaría abierta la impugnación del ciudadano del acuerdo de la mutua por cualquier otra circunstancia en el supuesto de que se obligase a la mutua a resolver la solicitud del



ciudadano siempre como un accidente de trabajo, por la calificación que este hace de su petición inicial, cosa que resulta extraña.

Por lo que no se acepta la observación que formula el Servicio Jurídico. Ello no obstante, analizado nuevamente el texto se observa la procedencia de suprimir el segundo párrafo del apartado 6 del artículo 81, ya que las situaciones de necesidad que puedan derivarse para el interesado como consecuencia de la falta de resolución de la entidad gestora respecto de la contingencia, y la denegación por la mutua de la prestación, se consideran suficientemente cubiertas a través de la resolución provisional prevista en el párrafo primero de ese mismo apartado.

En relación con la observación del Servicio Jurídico de trasladar el contenido del párrafo segundo del apartado 3 del citado artículo 81 a su apartado 2 se señala que la referencia que en el apartado 2, concretamente en su párrafo 6, se hace a la resolución de la entidad gestora es genérica, es decir, como expresamente se indica, en su redacción queda comprendida tanto la que determine que el fallecimiento deriva de contingencia común como profesional. Es el apartado 4 el que se refiere a los casos en los que el fallecimiento deriva de una contingencia distinta del accidente de trabajo, en los cuales, la resolución también se pronunciará sobre el derecho a la prestación solicitada, pudiendo el interesado impugnarla a través de la correspondiente reclamación previa, aun cuando ello no se diga expresamente. Por otra parte, el apartado 3 hace referencia, precisamente, a las resoluciones en las que se determina que la contingencia es un accidente de trabajo, y por tanto, es respecto de ese caso del que se indica que la resolución dictada tiene consideración de resolución de reclamación previa, sin que ello responda a un error.

En consecuencia, no se considera oportuno cambiar la ubicación del párrafo de referencia.

Sin perjuicio de las observaciones formuladas por la Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social, se indica que una vez revisado el artículo referido a la “determinación de la contingencia en los supuestos de muerte y supervivencia” se ha considerado conveniente proceder a su modificación mediante la incorporación de un nuevo punto -el número 7-, a fin de dar respuesta a los problemas que pueden plantearse cuando una vez reconocida una prestación por muerte y supervivencia derivada de contingencia común, el beneficiario aporte a la entidad gestora nuevos datos o pruebas que permitan presumir que pudiera tratarse de una contingencia profesional a cargo de una mutua, o la entidad gestora tenga conocimiento de los mismos por otro medio.



3.- En relación con el artículo 83, referido a las prestaciones por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural, se indica que al referirse el precepto, en el primer párrafo, a “la mutua colaboradora con la Seguridad Social con la que la empresa tuviera concertada la cobertura de los riesgos profesionales”, lo cual se relaciona con los trabajadores por cuenta ajena, y en el inciso final aludirse a la “cobertura voluntaria”, lo que se corresponde con las trabajadoras por cuenta propia, consideran más conveniente que en el precepto se haga referencia a la mutua colaboradora con la Seguridad Social con la que la empresa o la trabajadora por cuenta propia tuviera concertada la cobertura de los riesgos profesionales.

Se acepta la observación y se procede a modificar la redacción del artículo conforme a lo expresado por el SJSS.

4.- En relación con el artículo 84, sobre cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, se reproduce la misma observación que se ha efectuado para el artículo 83. Se acepta igualmente la modificación propuesta y se modifica el referido artículo.

5.- Finalmente indica que, como meras cuestiones gramaticales, advierte de errores materiales que han sido ya corregidos.

Gabinete Técnico Subsecretaría MEYSS /Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

En su informe por parte de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social se formulan las siguientes observaciones:

1.- En relación con el artículo 9, referido a la ausencia de lucro y prohibición de actividades de captación de empresas o de trabajadores autónomos, entiende que deben asimismo incluirse las actividades de fidelización. Y esa inclusión debe tener reflejo tanto en el título del artículo como en el contenido del mismo, ya que entiende que el fraude no está sólo en la captación de nuevas empresas y trabajadores, sino también en las acciones de fidelización de empresas asociadas y trabajadores adheridos.

Por ello, proponen tanto la modificación del título del artículo, como el contenido del artículo a fin de dar cabida a tales actividades.

Aun siendo cierto que, como se indica en el informe de la ITSS, las actividades de fidelización son también susceptibles de generar perjuicios a los intereses económicos de la Seguridad Social, el artículo 80.3 LGSS no se refiere a las actividades de fidelización como actuaciones no permitidas. Conforme al tenor literal del referido artículo 80.3 se prevé que *“la colaboración de las mutuas en la gestión de la Seguridad Social no podrá servir de fundamento a operaciones de lucro mercantil ni comprenderá actividades de captación de empresas*



asociadas o de trabajadores adheridos. Tampoco podrá dar lugar a la concesión de beneficios de ninguna clase a favor de los empresarios asociados, ni a la sustitución de estos en las obligaciones que les correspondan por su condición de empresarios”, por ello no se considera oportuno incluir una referencia expresa a las actividades de fidelización por cuanto ello podría implicar una extralimitación de las previsiones de la LGSS. Aunque ello sin perjuicio de que posibles actuaciones orientadas a fidelizar a empresarios asociados –y por extensión a trabajadores autónomos adheridos- pueda entenderse subsumida en la previsión del referido artículo de que la colaboración de las mutuas en la gestión de la Seguridad social... Tampoco podrá dar lugar a la concesión de beneficios de ninguna clase a favor de los empresarios asociados.

2.- En relación con el artículo 15, sobre dotación del patrimonio histórico, se indica que en el número 2 se señala la posibilidad de arrendar a terceros los inmuebles pertenecientes al patrimonio histórico de las mutuas cuando no puedan ser utilizados, citándose el artículo 93.2.b) del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS). Señala la Inspección de Trabajo que dado que en dicho artículo de la LGSS se indica que estos inmuebles deben de estar “vacíos”, el proyecto de Reglamento debería recoger también el término “vacíos”, conforme a la LGSS.

Se acepta la observación y se procede a modificar el artículo 15 en los términos propuestos por la ITSS.

3.- Respecto al artículo 19, responsabilidad de los asociados, indica que en el punto 2.b) los gastos que se mencionan pueden resultar indebidos no sólo porque no se encuentren comprendidos en el ámbito de la colaboración en la gestión de la Seguridad Social, sino también porque aun cuando estuvieran comprendidos, se hayan prestado sin cumplir los requisitos para su concesión o prestación.

En línea con sus observaciones se propone una redacción alternativa del siguiente tenor: *“Los gastos indebidos por no corresponder a prestaciones, servicios u otros conceptos comprendidos en la colaboración en la gestión de la Seguridad Social, o, cuando aun correspondiendo, se hayan prestado sin cumplir los requisitos para su concesión o prestación”.*

No se acepta la propuesta formulada por cuanto el artículo 100.4.) LGSS, en el que encuentra fundamento el artículo 19.2.b) del proyecto, sólo se refiere a “gastos indebidos por no corresponder a prestaciones, servicios u otros conceptos comprendidos en la colaboración en la gestión de la Seguridad Social”, por lo que la inclusión de un nuevo supuesto a efectos de tipificar un incumplimiento podría llevar a una extralimitación del reglamento con respecto al marco legal establecido. A mayor abundamiento con la modificación del artículo 19 en el



sentido propuesto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social podría llegar a considerarse que se está tipificando una infracción por medio de una norma reglamentaria.

De cualquier modo, sobre la base de que el reconocimiento de prestaciones de Seguridad Social está sometido al cumplimiento de los requisitos que legal o reglamentariamente se establezca, la concesión de prestaciones sin cumplirse los requisitos daría lugar a su consideración como prestaciones indebidas, generando, por tanto, la responsabilidad correspondiente en la entidad que las hubiera reconocido.

4.- En relación con el artículo 37, referido a la Comisión de Prestaciones Especiales, indica que en el párrafo segundo del punto 1 convendría efectuar una remisión al art. 42.2 LGSS, y proponen una redacción alternativa del párrafo:

“La asistencia social, de acuerdo con lo prevenido en el art. 42.2 de la Ley General de la Seguridad Social, consistirá en la concesión de los servicios y auxilios económicos que, en atención a estados y situaciones concretas de necesidad, se consideren precisos, comprendiendo, entre otras, acciones de rehabilitación y de recuperación y reorientación profesional, a favor de los trabajadores accidentados protegidos o adheridos a las mismas y, en particular, para aquellos con discapacidad sobrevenida, así como, en su caso, ayudas a sus derechohabientes, las cuales serán complementarias a las incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social”.

Como justificación de esta modificación indican que se trata de incidir sobre la idea de que las prestaciones que aprueba la referida Comisión deben tener su amparo en la LGSS, ya que la asistencia social se encuentra regulada, en cuanto a sus componentes esenciales, en el texto de esa norma (arts. 64 y 65 LGSS). Ello permitiría interpretar el párrafo final de la cita anterior (“...complementarias a las incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social”) en el sentido de entender que dicha acción protectora “básica” es la recogida en el art 42.1 LGSS, y no otra.

Indican, en suma, que se trata de dejar claro que esta Comisión carece de libertad absoluta para definir nuevas prestaciones.

Aun cuando se compartan las apreciaciones que hace la ITSS, lo cierto es que en este punto el proyecto reproduce las previsiones que contiene el artículo 90.1 LGSS por lo que se considera que de introducirse limitaciones o restricciones no contenidas en el mismo podría incurrirse en una extralimitación del reglamento respecto de las previsiones de la ley.

De cualquier modo, las prestaciones que prevé el artículo 90.1 LGSS, y que desarrolla el artículo 37 del proyecto, no se corresponden con las previstas en el artículo 42.2 LGSS al que alude la Inspección en su informe. En efecto, el referido artículo 42.2 LGSS se refiere a “los



beneficios de la asistencia social” comprendidos en “la acción protectora de la Seguridad Social, mientras que las prestaciones que abonan las mutuas con cargo a la Reserva de Asistencia Social son “beneficios potestativos e independientes de los comprendidos en la acción protectora de la Seguridad Social” (art. 90.1 *in fine*).

5.- Respecto del artículo 40, sobre libros y registros, se indica que el apartado 1.2º menciona la existencia de un “*Libro de Actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social*”. En relación con ello advierten que la vigente Ley 23/2015, de 21 de julio, ordenadora del Sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social, establece en su artículo 21.6 que no se impondrán obligaciones a los interesados para adquirir o diligenciar cualquier clase de libros o formularios para la realización de las diligencias de los funcionarios actuantes con ocasión de sus visitas a los centros de trabajo y de la comparecencias del sujeto inspeccionado en las dependencias públicas. Por ello, y sobre la base de que a partir de la entrada en vigor de la referida Ley 23/2015, de 21 de julio, ya no es obligatorio adquirir ni se deberán habilitar nuevos Libros para la realización de las diligencias de la Inspección de Trabajo, parece lógico que, en consonancia con ello, no se contemple en el proyecto ninguna obligación alguna que vaya en dirección contraria a lo dispuesto en la Ley, por lo que proponen la supresión del apartado 2º del punto 1 del artículo 40 del proyecto que se remite para informe.

Se acepta la observación y se procede a eliminar el punto indicado.

6.- En relación con el artículo 43, referido a los gastos de administración, se hacen las siguientes apreciaciones:

Respecto del apartado 2, indican que convendría añadir un párrafo que especificase que, independientemente del límite general de gasto autorizado por este concepto, la Mutua se encuentra obligada a administrar esta partida de acuerdo con el principio general de que el gasto debe estar destinado al cumplimiento de la colaboración en la gestión de la Seguridad Social. Se trata de evitar que queden justificadas todas las disposiciones de recursos económicos por el solo hecho de no haberse superado el límite de gasto.

Se acepta la propuesta y se procede a incorporar la previsión indicada por la ITSS.

En cuanto al apartado 3, donde se regulan los gastos de representación, indican que este precepto puede llegar a justificar situaciones de fraude. Indican al respecto que un gasto de representación es el que tiene por objeto el facilitar la contratación de la empresa con un futuro cliente. Es decir, el gasto de representación estaría relacionado con una actividad comercial, según la jurisprudencia. Sin embargo, la actividad comercial está vedada a las Mutuas, por lo que el precepto entraría en contradicción con el resto de la normativa aplicable.



Debe tenerse en cuenta que los gastos de representación, o de atenciones protocolarias y representativas, están expresamente contemplados en el ámbito estatal y se realizan con cargo a créditos presupuestarios específicos, para atender las necesidades de representación o protocolo en la Administración del Estado, que no pueden utilizarse como retribuciones ni en metálico ni en especie.

La posibilidad de imputar presupuestariamente estos gastos se recoge en la Resolución de 19 de enero de 2009 de la Dirección General de Presupuestos, por la que se establecen los códigos que definen la clasificación económica del Presupuesto del Estado, sus Organismos autónomos, Agencias estatales y otros Organismos públicos.

Sobre la base de que las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social forman parte del sector público estatal de carácter administrativo, se considera que estaría justificado que se fijara la cantidad que podrían gastar en concepto de gastos de administración. Con ello se pondría asimismo fin a situaciones abusivas que han venido produciéndose.

7.- Respecto del artículo 52, Inspección, proponen una redacción alternativa al apartado 3 que estaría en consonancia con lo indicado en el artículo 40 con respecto al Libro de Actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social:

“3. Las actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social se documentarán en la forma establecida en la Ley 23/2015, de 21 de julio, ordenadora del Sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y se pondrán en conocimiento de la Secretaría de Estado de la Seguridad social una vez finalizadas”.

Se acepta la propuesta y se procede a modificar el apartado referido.

8.- En relación con el artículo 56, supuestos de irregularidades de gestión, señalan que debe consolidarse la idea de que las infracciones de la Mutua implican la devolución a la Seguridad Social de lo defraudado, pero indicando que ello sobreviene en un proceso de inspección o de resolución administrativa de expediente sancionador, y no de auditoría, y ello sin perjuicio de que, posteriormente, el proceso de devolución, cálculo exacto de lo debido, etc. se siga por la Intervención. Pero el inicio del mismo debe, en este caso, proceder de la actuación inspectora, ya que Intervención no puede determinar la existencia de infracciones administrativas laborales.

El hecho de que la escasa cuantía de las sanciones previstas en la LISOS no guarde correspondencia con el volumen económico de las infracciones que se detectan hace que las sanciones en este ámbito tengan muy poco componente disuasorio. En esta situación, el garantizar que la Mutua debe, además de abonar la sanción impuesta, devolver lo defraudado, es una condición imprescindible para que la actuación inspectora tenga alguna relevancia en



este ámbito.

Aun cuando en lo esencial se comparta la afirmación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, no se considera conveniente proceder a la modificación del artículo 56 del proyecto en el sentido indicado por ese organismo. La LISOS determina el ámbito de actuación en esta materia de la ITSS y establece las sanciones a imponer frente a supuestos de incumplimiento de normas legales o reglamentarias. La obligación de las mutuas de devolver las cantidades que se hayan imputado indebidamente, por no corresponder a gastos vinculados a la gestión que hacen para la Seguridad Social, deriva de la conclusión de un procedimiento de auditoría que es competencia de la Intervención General de la Seguridad Social, donde se determina con las garantías legalmente establecidas, las cantidades que deben reintegrarse al sistema.

A mayor abundamiento, nada impide que durante la realización de la auditoría pública anual sobre las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social se detecte el incumplimiento de normas que den lugar a la exigencia del reintegro de los fondos indebidamente gastos, a la cuenta de la colaboración con la Seguridad Social.

Ello no obstante, y sobre la base de que su actuación inspectora puede poner de manifiesto la existencia de cantidades indebidamente gastadas, en línea con lo que propone la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, se procede a modificar los artículos 54 y 56 a fin de concretar el ámbito de actuación de ambos organismos y de dar cabida a las actuaciones de ese organismo sobre las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social en lo que refiere a infracciones administrativas.

9.- Finalmente, en cuanto al artículo 63, referido a la intervención de las mutuas en el marco de un procedimiento liquidatorio, señalan que en el artículo 43 del Real decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, se indicaba que los funcionarios que podrían ser designados serían Inspectores de Trabajo y Seguridad Social. Con la actual redacción, en la que no se predetermina el cuerpo o colectivo de pertenencia, únicamente se señala que el *“Ministerio de Empleo y Seguridad Social designará a uno o varios funcionarios para que actúen como interventores de proceso liquidatorio”*, con lo que en lo sucesivo podrán intervenir como interventores del proceso liquidatorio no solo Inspectores de Trabajo y Seguridad Social, sino también funcionarios integrantes del cuerpo de Interventores y Auditores de la Seguridad Social.

Continúa señalando que de acuerdo con el artículo 12.1. c.3º de la Ley Ordenadora del Sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social corresponde a la ITSS la vigilancia y exigencia del cumplimiento de las normas legales y reglamentarias sobre Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social. Así, la función encomendada a la ITSS sobre las mutuas se extiende tanto a su carácter de organizaciones empresariales con trabajadores a su servicio, como al de entidades colaboradoras de la Seguridad Social, sin perjuicio de las



particularidades normativamente previstas sobre la inspección y control de los centros y servicios sanitarios de las mismas. En suma, se propone el mantenimiento de la redacción que se contiene en el artículo 43 del RD 1993/1995, de 7 de diciembre.

No se acepta la observación. Si bien es cierto que en el reglamento actualmente vigente se hace referencia a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos del nombramiento de uno o varios funcionarios de este cuerpo como interventores en el proceso liquidatorio de una mutua, no es menos cierto que las circunstancias concurrentes en cada proceso liquidatorio pueden variar sensiblemente por lo que se considera más adecuado mantener la referencia a uno o varios funcionarios para que actúen como interventores del proceso liquidatorio. Adoptándose la decisión que proceda al respecto en el seno del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en función de las circunstancias concurrentes en cada caso concreto.

Intervención General de la Seguridad Social.

Por parte de la Intervención General de la Seguridad Social se formulan las siguientes observaciones:

1.- En relación con el artículo. 3.2º se recoge la previsión de que para constituirse y colaborar en la gestión de la Seguridad Social deben *“concurrir como mínimo cincuenta empresarios y treinta mil trabajadores con un volumen de cotización por contingencias profesionales no inferior a 20 millones de euros”*, en términos similares a los que se establecía en el reglamento sobre colaboración del año 1995. Señalan al respecto que, en la actualidad, la mutua de menor dimensión tiene un volumen de cuotas de alrededor de cincuenta millones de euros, por lo que no sería aconsejable contemplar la constitución de nuevas mutuas con un volumen de gestión inferior a éste dado que ello les podría ocasionar dificultades económico-financieras.

No se acepta la observación por cuanto se trata de la transcripción literal del contenido del artículo 81.1.b) LGSS.

2.- En relación con el artículo 7.2, donde se fija la cuantía de la fianza, prevista en el artículo 81.1.c) LGSS, señalan que se fija la misma en 180.000 euros con carácter general para todas las mutuas, mientras que en el vigente reglamento el importe de la fianza se fija en función del volumen de recaudación. De forma que la nueva regulación supondría una drástica reducción de la fianza. Por lo que parece más adecuado que el importe de la fianza se fije en función del volumen de recaudación de la mutua.



Se acepta la observación formulada por la Intervención General de la Seguridad Social y se procede a dar nueva redacción al artículo referido así como a incluir una nueva disposición donde se reestablecen los porcentajes vinculados al volumen de cuotas gestionadas.

Seguidamente indica que en convendría clarificar el apartado 4.1 de este artículo 7 de forma que quede claro que la fianza de la mutua resultante de la fusión o absorción sería la suma de la fianza constituida por las mutuas que hayan participado en la operación.

Se acepta la observación y se procede a incorporar la aclaración que indica la IGSS.

3.- Respecto del artículo 9, que desarrolla la prohibición de captación de empresas asociadas y trabajadores adheridos, indican la conveniencia de revisar la expresión y estructura del mismo que puede resultar algo confuso en ciertos aspectos.

En particular consideran que dada la dificultad que entraña la definición y concreción del concepto de captación y a efectos de una mayor seguridad jurídica se sugiere que se defina con mayor precisión qué tipo actividades divulgativas tendrían la consideración de captación y qué medios de comunicación serían considerados vehículos para dicha captación. Es decir, a pesar de ser conscientes de la dificultad de este asunto se recomienda que se precise de forma más clara qué actividades se pueden divulgar y qué medios se pueden utilizar en esa divulgación, pues de lo contrario la frontera entre lo que es captación y lo que no lo es planteará problemas permanentes de actuación.

Precisamente la dificultad de concreción del concepto de captación y la enorme dificultad de establecer todas y cada una de las actuaciones susceptibles de ser consideradas captación, ha llevado al órgano proponente de la norma a establecer lo que se considera captación con carácter general, sobre la base del importante papel que en este punto juegan la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y la Intervención General de la Seguridad Social, de determinar, en el ejercicio de sus respectivas funciones, si una determinada actuación puede o no, ser considerada captación a la vista de las circunstancias concurrentes. Por ello no se acepta la observación.

Seguidamente indica, en relación con la letra c) del apartado 5, que se introduce la obligación de llevar un registro de visitas a empresas asociadas y a trabajadores por cuenta propia adheridos y propone, en relación al mismo y a efectos de contribuir al control por la Administración de las actividades de captación, que se especifique su contenido.

Se acepta la observación y se procede a dar contenido al registro previsto en la letra c), apartado 5 del artículo 9 en el sentido indicado por la IGSS.



Por último, en relación con este artículo 9, indica la conveniencia de suprimir el segundo párrafo del apartado 5.d), al encontrarse dicha mención recogida en el artículo 27.2 del proyecto, al que remite el apartado 5.

Se acepta la observación procediéndose a la supresión propuesta.

4.- En cuarto lugar, en relación con el artículo 13.1, indican la conveniencia de proceder a un ajuste en su redacción a los efectos de establecer expresamente la competencia del Ministerio de Empleo y Seguridad Social para aplicar el fondo de contingencias profesionales de la Seguridad Social al desarrollo de actividades en investigación, desarrollo e innovación.

Se admite la propuesta y se procede al ajuste de redacción propuesto.

5.- En relación con el punto 3 del artículo 17, referido a los gastos de administración, indican que dado que los gastos de administración se regulan de forma detallada en el artículo 43 del reglamento consideran que no es oportuno el citado apartado por lo que proponen su supresión, por reiteración innecesaria.

Se acepta la observación.

6.- En relación con la responsabilidad de los asociados del artículo 19, y concretamente con lo previsto en el apartado 5 indican que, a su juicio, ese párrafo carece de sentido por cuanto los asociados no van a dar lugar a pagos indebidos, ni van a ser perceptores de pagos indebidos, por lo que proponen su supresión.

No se comparte la observación formulada por la IGSS por cuanto el propósito del apartado 5 del artículo 19 es establecer mayores garantías de que la Seguridad Social va a recuperar cantidades que se hayan imputado indebidamente por la mutua. En la práctica sí que ha habido casos en los que empresas asociadas se han beneficiado de prestaciones o servicios prestados por la mutua que, con posterioridad, se ha considerado indebidas. Por ello, el órgano proponente considera que, a efectos de mayores garantías para el sistema, se establezca la responsabilidad en el reintegro de tales fondos de quienes se han beneficiado de pagos indebidos.

7.- En relación los puntos 1 y 3 del artículo 30, relativos a la Junta General, establecen que sólo tendrán derecho de voto aquellos empresarios asociados y trabajadores por cuenta propia adheridos, respectivamente, que estuvieran *“al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones sociales”*.



Señala asimismo que se detecta la misma expresión en el artículo 33.3, donde se establece que *“los acuerdos relativos a la reforma de los estatutos, así como los referentes a fusión, absorción o disolución de la entidad, deberán ser tomados en Junta General extraordinaria, convocada expresamente al efecto, y precisarán para su aprobación, en primera convocatoria, una mayoría de dos tercios de los empresarios asociados a la mutua que estuvieran al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones sociales”*.

En opinión de la Intervención General debería acomodarse esa expresión a lo establecido en el artículo 86.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que limita el derecho de voto a aquellos empresarios asociados que estén *al corriente en el pago de las cotizaciones sociales*.

Se acepta la observación y se procede a la modificación propuesta.

Seguidamente, en relación con la forma de elección de los trabajadores por cuenta propia adheridos, regulada en el artículo 30.3, indican que conforme al artículo 86.1 TRLGSS, la Junta General estará integrada por todos los empresarios asociados y por una representación de los trabajadores por cuenta propia adheridos *“en los términos que reglamentariamente se establezcan”*, por lo que entienden que debe ser en el proyecto donde se fijen los términos en que los trabajadores adheridos se integrarán en la Junta General.

No se comparte la observación por cuanto el proyecto ya prevé particularidades en cuanto a la elección de los representantes de los trabajadores por cuenta propia adheridos. Así, en la disposición adicional quinta se ha establecido el número máximo de representantes que debe haber en cada mutua en función del grupo en el que esta se encuentra clasificada. Por otro lado, teniendo en cuenta las particularidades que pueden darse en cada mutua resulta más conveniente que sea en los estatutos donde se prevea la forma de hacer efectiva esta previsión.

8.- Respecto al artículo 31, Junta Directiva, manifiestan lo siguiente:

- No parece adecuado que el proyecto remita el procedimiento de exigencia de responsabilidad a los estatutos de cada mutua, debiendo establecerse dicho procedimiento en el propio reglamento y de manera uniforme para todas las mutuas. Si se acepta esta observación, sería necesario modificar el artículo 4.1 h) en orden a modificar dicho apartado.

Se acepta la observación y se procede a dar nueva redacción al artículo 31.5 a fin de recoger las observaciones de la Intervención.



- Por otro lado, en relación con el apartado 5 opinan que el párrafo donde se hace remisión al artículo 77.2 de la Ley General Presupuestaria carece de sentido en el contexto del artículo dado que se refiere exclusivamente a los pagos indebidos.

Aunque a juicio de la IGSS, sería adecuado hacer referencia a la responsabilidad contable regulada en los artículos 176 y siguientes de la Ley 47/2003, General Presupuestaria, a cuyo efecto proponen la siguiente redacción:

“La responsabilidad regulada en este apartado lo es sin perjuicio de la responsabilidad que, en su caso, pueda ser exigible de acuerdo con los artículo 176 y siguientes de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.”

Se acepta la propuesta de la IGSS aunque el órgano proponente considera conveniente mantener asimismo la referencia al artículo 77.2 LGP por los motivos alegados en el punto 6 del informe de la IGSS.

- Seguidamente indican la conveniencia de precisar el contenido del artículo 31.6 ya que podría entenderse como que las decisiones del consejo de dirección deben ser aprobadas obligatoriamente por la Junta Directiva o como que tales decisiones para ser eficaces deben ser aprobadas por la Junta de Directiva, por lo que se recomienda su aclaración.

Se acepta la observación y se procede a incorporar la aclaración propuesta.

- Finalmente, en relación con este artículo indican que con el objeto de mejorar las función de supervisión que la Junta Directiva debe desarrollar sobre el Director Gerente de la mutua y el resto de personal con funciones ejecutivas se incorpore la figura de la Comisión de Auditoría, por lo que proponen la incorporación de un último apartado al artículo 31 con la siguiente redacción:

“Las mutuas deberán constituir una Comisión de Auditoría, dependiente de la Junta Directiva, con la composición y funciones que se determinen por el órgano de dirección y tutela”.

Se coincide con la IGSS en la conveniencia de llevar a cabo toda actuación que implique intensificar el control que, desde la Administración, se hace sobre la gestión que llevan a cabo las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Sin embargo, dado el incremento de gasto en capítulo 1 que podría implicar esta medida, se considera más conveniente establecer esta previsión con carácter potestativo para las mutuas.



A tales efectos, y sobre la base de que hay mutuas que están procediendo a la contratación de personal de estas características y que algunas incluso prevén la constitución de una comisión de estas características en sus estatutos, se procede a contemplar la posibilidad de creación de estas comisiones, remitiendo a los estatutos de cada mutua a los efectos de determinar su composición y funciones.

9.- En el artículo 33.1, párrafo segundo, se indica que la Junta General debe reunirse con carácter ordinario una vez al año, para tratar de los asuntos a que se refiere el artículo 30.4. Al respecto señala que no todos los asuntos a que se refiere el artículo 30.4 son objeto de Junta General Ordinaria, sino que algunos de ellos son objeto de Junta General Extraordinaria, por lo que debe concretarse el precepto indicado.

Se acepta la observación y se procede a concretar la remisión al artículo 30.4.3º.

10.- En cuanto al artículo 34.2 indican que si bien se establece la necesaria autorización del contrato de alta dirección correspondiente al Director Gerente, no se hace referencia a que las modificaciones de su contrato deban quedar sometidas igualmente a la precisa autorización, consideración esta que debería ser objeto de incorporación al texto normativo, a efectos de una mayor concreción y seguridad jurídica.

Se acepta la observación.

11.- En cuanto a la cuantía máxima de las indemnizaciones y compensaciones a los miembros de la Junta Directiva, Comisión de Control y Seguimiento y Comisión de Prestaciones Especiales, reguladas en los artículos 31.5, 36.4 y 37.5, respectivamente, dado que se establece que se fijarán en función del grupo en el que se halle clasificada la mutua, para una mayor seguridad jurídica debería establecerse en una disposición transitoria la vigencia de la Orden TIN/246/2010, de 4 de febrero, y de la Resolución de 14 de noviembre de 1995, de la Secretaría General de la Seguridad Social, hasta el momento en que efectivamente se produzca la fijación de tales cuantías.

Se acepta la observación y se procede a incorporar una nueva disposición transitoria donde se recoja la previsión indicada por la IGSS.

12.- En relación con el artículo 41 se efectúan las siguientes manifestaciones:

- Indican que en el apartado 2 establece que *“Las mutuas, en su condición de entidades colaboradoras con la Seguridad Social y administradoras de fondos públicos, deberán ajustarse, dentro del régimen de la contabilidad pública, al Plan General de Contabilidad Pública, estando sometidas a la rendición de las cuentas de su gestión al*



Tribunal de Cuentas”. Consideran que esa redacción es inadecuada por que la referencia “*al Plan General de Contabilidad Pública*” debe sustituirse por la referencia a “*la adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las entidades que integran el sistema de la Seguridad Social*”.

Se acepta la observación procediéndose a modificar la referencia.

- En el primer párrafo del apartado 4, referente a la contabilidad del patrimonio histórico de las mutuas, se establece: “*La contabilidad del patrimonio histórico de las mutuas se adaptará a la Ley General Presupuestaria...*”, cuando debiera decir “*La contabilidad del patrimonio histórico de las mutuas se ajustará a la adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las entidades que integran el sistema de la Seguridad Social*”.

En este mismo apartado se señala: “*Tal contabilidad se llevará de manera separada de la relativa al patrimonio de la Seguridad Social, así como su balance, cuenta de pérdidas y ganancias, estado de flujos de efectivo y estado de cambios en el patrimonio neto que se incorporarán a las cuentas anuales*”.

Indican al respecto que la adaptación del Plan General de Contabilidad Pública establece en su tercera parte, “*Normas de elaboración de las cuentas anuales*” los documentos que integran las cuentas anuales, por tanto se debería realizar una remisión a dicha adaptación y contemplar que tal contabilidad se llevará de manera separada de la relativa al patrimonio de la Seguridad Social presentando los estados financieros anuales definidos en la citada adaptación al PGCP. En consecuencia, se propone como redacción alternativa la siguiente:

“*Tal contabilidad se llevará de manera separada de la relativa al patrimonio de la Seguridad Social, presentando los estados financieros anuales definidos en la citada adaptación*”.

Se aceptan ambas observaciones procediéndose a la modificación de los preceptos referidos.

- Indican asimismo la conveniencia de suprimir el segundo párrafo del artículo 41.4 que establece: “*Con independencia de lo dispuesto en el párrafo anterior, las mutuas vendrán obligadas a rendir ante el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, las cuentas anuales de su patrimonio histórico con el detalle que por dicho Ministerio se determine. Dichas cuentas deben ser formuladas por la Junta Directiva y firmadas por el Presidente*”. Justifican la supresión en que la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, señala en su artículo 119.3 que “*Las entidades integrantes del*



sector público estatal quedan sometidas a la obligación de rendir cuentas de sus operaciones, cualquiera que sea su naturaleza, al Tribunal de Cuentas...". Por tanto, es ante dicho tribunal y no ante el Ministerio de Empleo y de Seguridad Social, ante quien deben rendir las cuentas anuales las mutuas. De cualquier forma, señalan, esa cuestión ya quedaría recogida de forma clara en el apartado 2 del citado artículo 41.

Se acepta la propuesta y se procede a la supresión indicada.

13.- Respecto de los gastos de administración, artículo 43 del proyecto, se formulan varias observaciones. La primera, que al regularse los gastos de administración sería conveniente al enunciar los mismos añadir la expresión "*y aquellos otros contemplados expresamente en este reglamento que se imputen a otros capítulos del presupuesto*". Y ello, con el objeto de dar cabida, en concepto de gastos de administración, a las indemnizaciones y compensaciones a los miembros de determinados órganos que se imputan al capítulo IV del presupuesto.

Se acepta la observación.

En segundo término señala, en cuanto a los porcentajes a aplicar para determinar el límite máximo de gastos de administración, que se mantiene la escala de porcentajes decreciente en relación con la gestión de las contingencias profesionales que prevé el vigente reglamento en la disposición adicional octava, aunque incrementando los importes de cuotas que configuran los grupos a que se aplican los mismos. Entiende al respecto que esa situación supone una aplicación de porcentajes muy superiores al porcentaje establecido para la gestión de las contingencias comunes, que se fija en un 5,5%, sólo un 0,5% superior al previsto en el vigente reglamento. La IGSS cuestiona la aplicación de esa diferencia sobre la base de que la colaboración en la gestión de las contingencias comunes se ha visto incrementada en los últimos años, adquiriendo una dimensión mayor.

A este razonamiento añade que esa diferenciación de criterio en la determinación sobre el porcentaje a aplicar, según se trata de gestión de contingencias profesionales o comunes, se ve empeorada al atribuir a la gestión de la protección por cese de actividad de los trabajadores por cuenta propia un porcentaje del 5%, prácticamente similar al relativo a la gestión de las contingencias comunes, cuando es apreciable la diferente dimensión de cada gestión en el ámbito de colaboración de las mutuas.

Indica asimismo que aprecia que se ha añadido un nuevo límite en relación con el resultado económico patrimonial derivado de la gestión de la prestación por incapacidad temporal por contingencias comunes, al preverse que el total de gasto de la gestión ordinaria no podrá superar en más del 10% el importe de las prestaciones económicas.



De todo lo anterior extrae la IGSS que podría resultar conveniente revisar el cómputo de los gastos de administración y el cálculo de los límites establecidos para los mismos.

Aun cuando se compartan muchas de las observaciones que formula la IGSS, se han realizado diversos cálculos, en los que han tomado distintos escenarios, para la determinación de los porcentajes. Ello no obstante, los porcentajes establecidos en el proyecto tienen carácter transitorio, por lo que mediante una norma específica se determinarán los porcentajes que resultarán aplicables a los efectos del cálculo de los gastos de administración, la norma que se dicte, con rango de orden ministerial, podrá ser objeto de modificación a fin de adecuar en todo momento el porcentaje aplicable por tal concepto a las necesidades de todos los sujetos que pudieran verse afectados por la norma.

Las propuestas planteadas responden como no podría ser de otra manera y como bien señala la Intervención General a informes y estudios cuyas conclusiones de manera sucinta se presentan seguidamente:

Para la gestión de las funciones y actividades atribuidas a las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social **en relación con la cobertura de la prestación económica de la incapacidad temporal de contingencias comunes**, estas reciben una fracción de cuota consistente en aplicar un coeficiente sobre la cuota íntegra por contingencias comunes. La evolución de dicho coeficiente es la siguiente:

Coeficiente sobre la cuota íntegra

	2011	2012	2013	2014	2015	2016-18
General	0,060(En-Jn) -0,050(Jl-Di)	0,050	0,050	0,050	0,050	0,051
Adicional		0,055	0,055	0,055	0,055	0,055

El resultado de la gestión de la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes (tabla 1) a cargo de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social tuvo en el año 2011 un déficit no financiero de 20,52 millones de euros; en el año 2012 pasó a tener un superávit no financiero de 25,99 millones de euros manteniéndose en superávit en el año 2013; en los años 2014, 2015 y 2016 la situación volvió a ser de déficit situándose este en 561,94 millones de euros en 2016. La causa es que mientras los ingresos crecen en el periodo un



6,7%, pasando de 3.841,52 millones de euros en 2011 a 4.097,60 millones de euros en 2016, los gastos se incrementan en un 20,7% pasando de 3.861,74 millones de euros en 2011, hasta los 4.662,71 millones de euros en 2016.

Tabla 1. Resultado de la gestión de la prestación de IT derivada de contingencias comunes (millones de euros)

Años	2011	2012	2013	2014	2015	2016
INGRESOS						
Cotizaciones	3.709,17	3.335,77	3.354,70	3.557,87	3.740,24	4.008,89
Otros Ingresos	132,35	373,08	111,06	103,11	97,44	88,71
Total Ingresos	3.841,52	3.708,85	3.465,76	3.660,98	3.837,69	4.097,60
GASTOS						
Prestación	3.194,94	2.790,15	2.697,74	3.048,92	3.513,76	4.026,92
Otros Gastos	666,80	894,23	671,40	672,83	664,64	635,79
Total Gastos	3.861,74	3.684,38	3.369,14	3.721,75	4.178,40	4.662,71
Superávit/ Déficit gestión ordinaria	-20,22	24,47	96,63	-60,77	-340,71	-565,12
Resultado de resto de operaciones no financieras	-0,3	1,52	-0,32	4,97	0,14	3,18
Superávit o déficit no financiero	-20,52	25,99	96,31	-55,80	-340,57	-561,94
Resultado de operaciones financieras	19,99	29,07	24,42	23,36	45,19	39,42
Resultado total	-0,53	55,06	120,72	-32,44	-295,38	-522,52
Aumento/disminución por variación de resultados de ejercicios anteriores y de resultados netos generados por	189,69	43,16	164,23	169,02	192,15	186,34



cuotas						
Resultado a distribuir	189,16	98,22	284,96	136,58	-103,23	-336,18
Dotación a reservas	12,12	7,23	8,28	47,09	11,14	17,23
Aplicación a Reservas	44,13	98,00	2,29	8,60	111,26	328,34
Fondos procedentes de contingencias profesionales	5,33	7,23	0,06	5,61	13,73	27,45
Dotación al Fondo de Reserva de pensiones	226,49	196,22	279,02	103,70	10,62	2,38
Reservas al final del ejercicio	878,48	787,71	793,71	832,20	732,08	420,97

El cuadro anterior resume la evolución de los resultados de la gestión diferenciando los ingresos de cuotas recibidos para realizar la gestión, **el gasto directo de la prestación**, los gastos de funcionamiento, el déficit/superávit de la gestión ordinaria, el déficit/superávit por operaciones no financieras, el resultado de las operaciones financieras, el resultado total del ejercicio, al que se añade el aumento/disminución por variación de resultados de ejercicios anteriores y de resultados netos generados por cuotas, resultando el importe a distribuir que va a la dotación/aplicación de reservas, el fondo de Reserva de la Seguridad Social y también a la utilización de los fondos procedentes de contingencias profesionales.

Las partidas principales que son el ingreso por cuotas y el importe de la prestación económica muestran la suficiencia de los recursos hasta 2015, y un pequeño diferencial en 2016. La cuantía de cuotas gestionada es del orden de 4.000 millones euros/año.

Otra componente importante en el resultado de la gestión son **los gastos de funcionamiento**. En el año 2011 fueron de 666,80 millones de euros el 20,9% de la prestación directa, y de 635,79 millones de euros en 2016, el 15,8% del gasto de la prestación.

Dado el importante aumento de la población protegida que ha crecido desde el año 2011 al 2016 un 14,9%, procede analizar los costes por persona protegida. Durante el periodo (2011-



2016) el gasto en prestación directa por persona protegida ha crecido un 9,7%, pasando de 278,97 a 306,14 euros por trabajador. Los gastos de funcionamiento en cifras absolutas se han mantenido constantes por lo que disminuyen por trabajador, pasando de 58,22 a 48,33 euros. Esta reducción de los costes de funcionamiento por trabajador no alcanza a compensar el aumento del gasto de la prestación económica, lo que hace que el gasto total por trabajador aumente pasando de 337,20 en 2011 a 354,47 euros en 2016, un aumento del 5,1%. (Tabla 2).

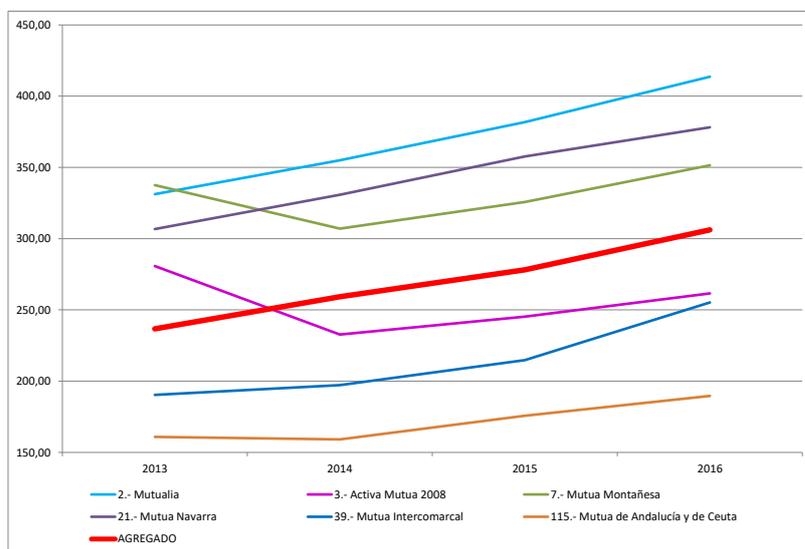
Tabla 2. Gasto de la gestión de la prestación de IT derivada de contingencias comunes por persona protegida (euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (*)
INGRESOS						
Cotizaciones	323,87	296,22	294,36	302,55	296,00	304,76
Otros Ingresos	11,56	33,13	9,75	8,77	7,71	6,74
Total Ingresos	335,43	329,35	304,11	311,32	303,71	311,51
GASTOS						
Prestación	278,97	247,77	236,72	259,27	278,07	306,14
Otros Gastos	58,22	79,41	58,91	57,22	52,60	48,33
Total Gastos	337,20	327,17	295,63	316,48	330,67	354,47

(*) Provisional

También es importante estudiar las diferencias existentes entre mutuas. El gráfico 1 muestra la tendencia creciente de la prestación económica en el período 2013-2016, así como su mayor pendiente en 2016.

Gráfico 1. Gasto de prestación directa por persona protegida

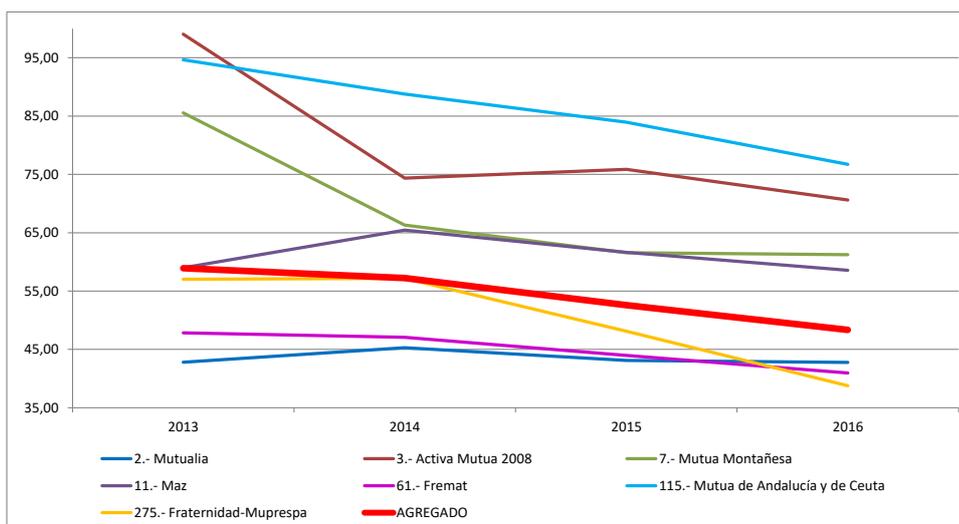


En todo caso hay mutuas que mantienen durante todo el período cifras inferiores a la media, (Mutual Midat Cyclops; Maz; Mutua intercomarcal; Mutua de Andalucía y de Ceuta; Mutua Balear; Unión de mutuas; Ibermutuamur; Egarsat). Otras han reducido el gasto pasando a estar por debajo de la media (Activa mutua 2008 y Mutua Gallega de AT). Hay otras que empezando por debajo de la media incrementaron el gasto y en la actualidad están por debajo de la media (Mutua universal Mugenat y Mutua de Accidentes de Canarias Mac) y mutuas situadas siempre por encima de la media (Mutualia; Mutua montañesa; Umivale; Mutua Navarra; Fremap; Solimat; Asepeyo; Fraternidad-Muprespa). (Tabla 1 anexo)

El gráfico 2 muestra la tendencia decreciente de los gastos de funcionamiento en el período 2013-2016, así como su mayor pendiente en 2016.



Gráfico 2. Gasto de funcionamiento por persona protegida



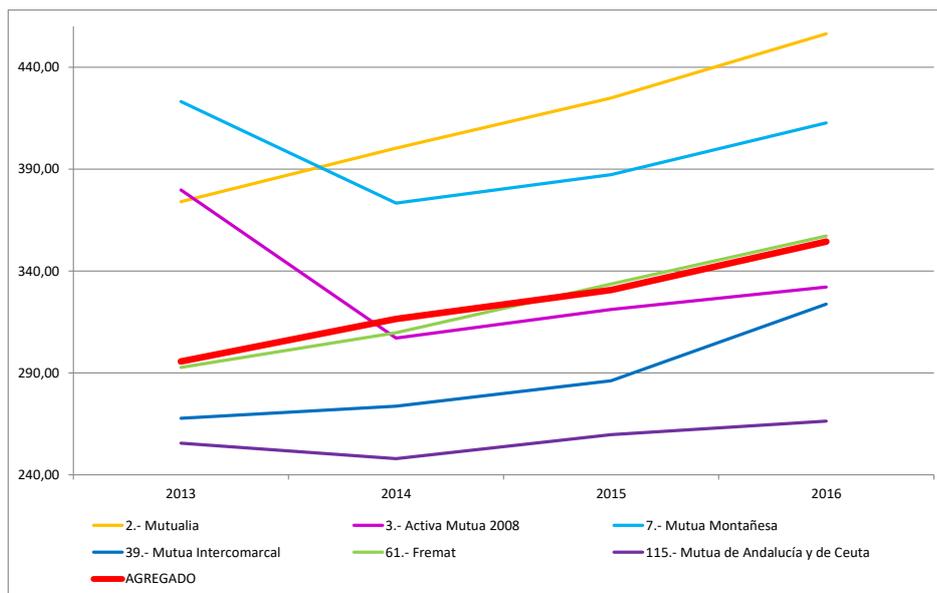
Respecto al gasto de funcionamiento por mutua durante el periodo (2011- 2016) se observa que 11 mutuas tienen los gastos de funcionamiento por persona siempre por encima de la media (Mutual Midat Cyclops; Activa mutua 2008; Mutua Montañesa; Mutua Universal Mugenat; Maz; Mutua Intercomarcal; Mutua de Andalucía y de Ceuta; Unión de Mutuas; Mutua de Accidentes de Canarias Mac; Ibermutuamur; Egarsat); 6 mutuas los tienen siempre por debajo de la media (Mutualia; Umivale; Fremap; Asepeyo; Mutua Balear; Fraternidad-Muprespa) y 3 mutuas estaban por debajo de la media pero en los últimos años se situaron por encima de la media (Mutua Navarra; Solimat; Mutua Gallega de AT). (Tabla 1 anexo).

El análisis del importe de los gastos de funcionamiento por mutuas muestra un comportamiento muy dispar entre ellas. En el año 2016 hay 13 mutuas en las que la relación de los gastos de funcionamiento sobre la prestación está por encima de la media llegando incluso a suponer hasta un 40,5%, y 7 mutuas tienen este porcentaje por debajo de la media con un abanico que va desde el 15,1% hasta el 10,3%. Sin embargo, en el año 2011 solamente había 8 mutuas en las que la relación de los gastos de funcionamiento sobre la prestación estaba por encima de la media. (Tabla 2 anexo).

El gráfico 3 muestra la tendencia creciente de la prestación total en el periodo 2013-2016.



Gráfico 1. Gasto de prestación total por persona protegida



Respecto al gasto total, hay mutuas que mantienen cifras inferiores a la media, (Mutual Midat Cyclops; Mutua Universal Mugenat; Maz; Mutua Intercomarcal; Mutua de Andalucía y de Ceuta; Mutua Balear; Unión de Mutuas; Mutua de Accidentes de Canarias Mac; Ibermutuamur; Egarsat). Otras han reducido el gasto pasando a estar por debajo de la media (Activa mutua M008 y Mutua Gallega de AT). Hay otras que empezando por debajo de la media incrementaron el gasto y en la actualidad están por debajo de la media (Fremap,) y mutuas situadas por encima de la media (Mutuاليا; Mutua Montañesa; Umivale; Mutua Navarra; Solimat; Asepeyo; Fraternidad-Muprespa).

En conclusión, el gasto total por persona protegida tiene una tendencia creciente que no han atenuado los gastos de funcionamiento, habiendo mutuas que superan en gran proporción el gasto medio.

La diferencia entre ingresos y gastos de gestión ordinaria (analizados anteriormente), al que se le une el resultado del resto de operaciones no financieras y el resultado de operaciones financieras nos da un resultado total deficitario en los años 2014 a 2016. A este resultado se le ha de añadir el aumento o disminución por variación de resultados de ejercicios anteriores y el aumento o disminución por variación de resultados netos generados por cuotas, lo que lleva a la obtención del resultado a distribuir en cada ejercicio, deficitario en los años 2015 y 2016. (Tabla 1)



Los déficits de los resultados a distribuir de los años 2015 y 2016 han ocasionado una disminución de las reservas de estabilización de esta prestación pasando de 832,20 millones de euros en 2014 donde 13 mutuas tenían la dotación máxima del 25%, hasta los 420,97 millones de euros en 2016, con dos mutuas en la dotación máxima y siete mutuas con la dotación mínima. (Tabla 3 y 4 anexo).

Los datos analizados en el apartado anterior permiten estudiar la suficiencia del coeficiente que determina los ingresos por cuotas y también el control necesario sobre el resto de gastos.

En el año 2015, el coeficiente necesario para cubrir la prestación directa de incapacidad temporal hubiese sido del 0,047 al que hay que añadir los gastos de funcionamiento de la prestación.

En el año 2016 aumentó de manera importante la prestación por persona protegida siendo el coeficiente necesario para cubrir la prestación directa del 0,051 al que habría que añadir los gastos de funcionamiento.

El coeficiente resultante durante 2017 para cubrir la prestación directa se situaría en el 0,051,(avance), al que hay que añadir los gastos de funcionamiento de la prestación por parte de las mutuas.

Teniendo en cuenta que el tipo de cotización a la Seguridad Social por contingencias comunes es único, y que el sistema tiene déficit se considera adecuado poner un límite al conjunto total de gastos, teniendo en cuenta la necesaria cobertura de la prestación.

Respetando la cobertura de la prestación que equivale en máximos a una fracción de cuota de 0,051, el pasar al coeficiente del 0,055 incluyendo los gastos de funcionamiento supondrá situarlos en torno a los 322,24 millones de euros. Si además, este coeficiente puede pasar a ser del 0,057 para aquellas mutuas que acrediten la insuficiencia financiera del coeficiente general en base a circunstancias estructurales, el incremento de cotizaciones sería hasta un máximo de 161,12 millones de euros en el caso de que todas las mutuas tuviesen que hacer uso de esta circunstancia. Por ello se considera adecuado poner un límite al gasto y también que este se sitúe en el 10%.



A N E X O

Tabla 1. Prestación IT contingencias comunes por persona protegida

Mutuas	Gasto prestación directa por persona protegida				Gasto funcionamiento por persona protegida				Gasto total por persona protegida			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
1.- Mutual Midat Cyclops	216,38	238,04	264,66	293,16	66,43	61,71	56,29	54,29	282,81	299,76	320,95	347,45
2.- Mutualia	331,20	355,03	381,76	413,60	42,81	45,28	43,10	42,76	374,01	400,31	424,85	456,36
3.- Activa Mutua 2008	280,74	232,73	245,29	261,58	99,03	74,37	75,87	70,60	379,77	307,09	321,15	332,18
7.- Mutua Montañesa	337,57	307,03	325,73	351,46	85,55	66,31	61,56	61,24	423,13	373,34	387,29	412,69
10.- Mutua Universal Mugenat	232,52	309,89	266,44	295,57	60,83	72,97	55,49	52,50	293,35	382,86	321,92	348,07
11.- Maz	180,66	230,46	252,36	279,36	58,98	65,45	61,65	58,57	239,64	295,91	314,01	337,93
15.- Umivale	252,90	272,45	291,63	311,31	58,61	50,27	52,00	47,03	311,51	322,72	343,64	358,34
21.- Mutua Navarra	306,69	330,82	357,67	378,11	44,38	46,52	50,79	53,79	351,06	377,34	408,46	431,91
39.- Mutua Intercomarcal	190,38	197,18	214,72	255,22	77,35	76,48	71,43	68,57	267,73	273,67	286,16	323,79
61.- Fremat	244,86	262,69	289,69	316,24	47,86	47,06	43,97	40,95	292,72	309,75	333,66	357,18
72.- Solimat	276,86	300,63	318,72	343,06	48,32	52,42	51,40	48,62	325,18	353,05	370,12	391,68
115.- Mutua de Andalucía y de Ceuta	160,89	159,16	175,76	189,67	94,63	88,77	83,94	76,72	255,52	247,94	259,69	266,39
151.- Asepeyo	241,18	262,35	282,51	318,17	56,67	52,47	48,20	45,27	297,85	314,83	330,71	363,44
183.- Mutua Balear	217,32	248,91	268,95	296,03	53,30	51,50	46,76	46,95	270,62	300,42	315,71	342,98
201.- Mutua Gallega de AT	242,72	252,02	266,44	284,92	57,33	53,83	55,53	52,50	300,05	305,84	321,97	337,41
267.- Unión de Mutuas	219,15	224,27	240,02	259,19	70,64	64,71	65,12	56,84	289,80	288,98	305,13	316,03

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



272.- Mutua de Accidentes de Canarias Mac	205,69	250,35	282,63	286,30	86,02	73,54	64,82	63,77	291,71	323,89	347,45	350,07
274.- Ibermutuamur	213,37	222,35	253,23	281,86	70,93	66,55	64,80	53,48	284,30	288,90	318,03	335,34
275.- Fraternidad-Muprespa	248,99	276,06	303,51	333,16	57,04	57,20	48,12	38,77	306,03	333,26	351,63	371,92
276.- Egarsat	226,30	234,88	261,76	295,94	64,48	61,52	58,89	51,22	290,78	296,39	320,65	347,16
AGREGADO	236,72	259,27	278,07	306,14	58,91	57,22	52,60	48,33	295,63	316,48	330,67	354,47

Tabla 2. Porcentaje gastos de funcionamiento sobre prestación

MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.- Mutua Midat Cyclops	25,75	32,82	30,70	25,93	21,27	18,52
2.- Mutualia	11,85	14,48	12,92	12,75	11,29	10,34
3.- Activa Mutua 2008	28,65	40,33	35,27	31,96	30,93	26,99
7.- Mutua Montañesa	12,60	27,92	25,34	21,60	18,90	17,42
10.- Mutua Universal Mugenat	23,33	30,66	26,16	23,55	20,82	17,76
11.- Maz	20,13	31,84	32,65	28,40	24,43	20,97
15.- Umivale	19,37	126,42	23,17	18,45	17,83	15,11
21.- Mutua Navarra	10,41	13,95	14,47	14,06	14,20	14,23
39.- Mutua Intercomarcal	37,93	45,41	40,63	38,79	33,27	26,87
61.- Fremat	17,79	23,13	19,54	17,92	15,18	12,95
72.- Solimat	20,58	21,05	17,45	17,44	16,13	14,17



115.- Mutua de Andalucía y de Ceuta	51,20	59,59	58,82	55,78	47,76	40,45
151.- Asepeyo	20,12	25,63	23,50	20,00	17,06	14,23
183.- Mutua Balear	18,48	32,66	24,52	20,69	17,38	15,86
201.- Mutua Gallega de AT	17,87	25,26	23,62	21,36	20,84	18,43
267.- Unión de Mutuas	23,54	37,36	32,24	28,85	27,13	21,93
272.- Mutua de Accidentes de Canarias Mac	18,37	50,11	41,82	29,37	22,94	22,28
274.- Ibermutuamur	30,15	37,57	33,24	29,93	25,59	18,97
275.- Fraternidad-Muprespa	16,36	25,38	22,91	20,72	15,86	11,64
276.- Egarsat	21,30	31,04	28,50	26,19	22,50	17,31
TOTAL	20,87	32,05	24,89	22,07	18,92	15,79

**Tabla 3. Reserva de estabilización de IT contingencias comunes al final del ejercicio
(Millones de euros)**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.- Mutua Midat Cyclops	73,71	63,84	63,61	67,44	62,22	35,81
2.- Mutualia	3,71	3,34	3,62	3,43	3,79	3,94
3.- Activa Mutua 2008	26,44	24,28	24,39	26,09	24,57	16,10
7.- Mutua Montañesa	11,00	10,13	10,15	6,76	2,25	2,37
10.- Mutua Universal Mugenat	81,89	73,36	73,01	77,66	73,79	49,32
11.- Maz	32,99	28,84	28,03	29,57	28,22	18,03



15.- Umivale	37,68	32,66	32,66	33,35	30,58	20,89
21.- Mutua Navarra	3,69	3,27	3,40	3,33	1,87	0,87
39.- Mutua Intercomarcal	14,62	13,33	13,68	14,67	14,85	14,96
61.- Fremat	230,83	210,87	213,86	228,41	178,58	73,79
72.- Solimat	4,01	3,46	4,37	3,21	1,27	1,31
115.- Mutua de Andalucía y de Ceuta	5,00	4,56	4,62	5,07	5,48	5,96
151.- Asepeyo	149,39	133,42	133,77	141,10	139,93	81,54
183.- Mutua Balear	14,85	13,12	13,39	14,50	12,49	6,80
201.- Mutua Gallega de AT	2,87	2,35	2,31	2,40	2,47	2,66
267.- Unión de Mutuas	18,96	16,60	16,36	17,37	18,07	19,43
272.- Mutua de Accidentes de Canarias (Mac)	1,38	0,64	0,76	0,72	0,77	0,84
274.- Ibermutuamur	68,45	60,25	59,68	63,37	62,64	42,29
275.- Fraternidad-Muprespa	80,48	74,15	76,36	76,89	50,46	6,26
276.- Egarsat	16,52	15,24	15,68	16,85	17,80	17,80
AGREGADO	878,48	787,71	793,71	832,20	732,08	420,97

Tabla 4. Porcentaje de dotación de las reservas de estabilización de IT contingencias comunes

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
--	------	------	------	------	------	------

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



115.- Mutua CESMA	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
267.- Unión de Mutuas	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
276.- Egarsat	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	22,75
39.- Intercomarcal	25,00	25,00	25,00	25,00	23,43	20,94
274.- Ibermutuamur	25,00	25,00	25,00	25,00	23,34	14,68
11.- Maz	25,00	25,00	25,00	25,00	22,76	13,82
10.- Mutua Universal	25,00	25,00	25,00	25,00	22,65	13,76
15.- Umivale	25,00	25,00	25,00	25,00	22,04	13,75
3.- Activa Mutua	25,00	25,00	25,00	25,00	21,78	13,03
151.- Asepeyo	25,00	25,00	25,00	25,00	23,65	12,97
1.- Mutual	25,00	25,00	25,00	25,00	21,84	11,78
183.- Mutua Balear	25,00	25,00	25,00	25,00	19,94	9,76
61.- Fremat	25,00	25,00	25,00	25,00	18,22	7,02
21.- Mutua Navarra	25,00	23,93	25,00	23,19	12,28	5,00
201.- Mutua Gallega de AT	5,43	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
2.- Mutualia	5,00	5,00	5,46	5,00	5,00	5,00
272.- Mac Mutua de AT de Canarias	10,29	5,00	5,98	5,00	5,00	5,00
72.- Solimat	25,00	16,88	19,28	13,74	5,00	5,00
7.- Mutua Montañesa	25,00	25,00	25,00	15,79	5,00	5,00



275.- Fraternidad-Muprespa	25,00	25,00	25,00	23,54	14,89	1,78
AGREGADO	24,25	24,17	24,21	23,91	19,88	10,66

14.- En relación con el artículo 45 del proyecto, sobre la posibilidad de arrendamiento de bienes inmuebles que requieran las mutuas para el cumplimiento de sus fines, observa la IGSS que sólo se prevé la obligación por parte de las mutuas de remisión, en el plazo de un mes desde la formalización del arrendamiento, de copia de la escritura pública del contrato y de certificado de agente inmobiliario colegiado. Señalan que podría aprovecharse para dar cumplimiento a lo señalado por el Tribunal de Cuentas en su *“Informe de fiscalización del inmovilizado no financiero de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, con especial referencia al proceso de segregación de los servicios de prevención ajenos”*, al recomendar un impulso en la actuación homogénea de las mutuas cuando suscriben contratos de arrendamiento, contemplando diversas cautelas.

Se asume la observación y se procede a dar nueva redacción al referido artículo incorporando las propuestas que hace la Intervención.

15.- En relación con el artículo 63 indican la posibilidad de que se valore que los interventores en el proceso liquidatorio de una mutua fueran, en todo caso, pertenecientes al Cuerpo Superior de Interventores y Auditores de la Seguridad Social.

No se admite la observación. Se trata de una observación contrapuesta con la formulada por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. A tal observación se contestó que las circunstancias concurrentes en cada proceso liquidatorio pueden variar sensiblemente por lo que se considera más adecuado mantener la referencia a uno o varios funcionarios para que actúen como interventores del proceso liquidatorio. La decisión que proceda en cuanto a los funcionarios a designar se adoptará en el seno del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en función de las circunstancias concurrentes en cada caso concreto.

Se acepta la observación tendente a modificar el título del artículo y denominarlo *Intervención del proceso liquidatorio*.

16.- Señala la IGSS respecto del artículo 65, sobre Disponibilidad de fianza, que podría ser más adecuado modificar la expresión “autorizar la disponibilidad” por “autorizar la disposición”, que es más preciso y que ya se ha utilizado en el artículo 7.4 del proyecto.



Se asume la observación.

17.- En el artículo 104.1.a), en relación con el resultado económico y reservas derivado de contingencias profesionales, no se hace mención a las actividades preventivas de la Seguridad Social, concepto que sí se encuentra recogido en el artículo 95.1.a) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Se acepta la observación y se procede a incorporar esa referencia.

Adicionalmente señala en relación con la referencia a que *“Las mutuas constituirán obligatoriamente, al final de cada ejercicio, la reserva de estabilización...”* y que *“Dicha reserva se dotará con cargo al resultado económico patrimonial obtenido en el ejercicio...”*, a la que se hace mención en los puntos 3.c), 2.b) y 3.b) del citado artículo, sería más adecuado establecer que *“Las mutuas deberán tener constituida obligatoriamente, al final de cada ejercicio, la reserva de estabilización...”* y que *“Dicha reserva se dotará con cargo al resultado económico patrimonial obtenido en el ejercicio anterior...”*

Se admite la observación procediéndose a modificar el texto.

Indica finalmente que no procede la referencia recogida en el artículo 104.2.c) ya que la misma referencia figura en el segundo párrafo del artículo 106.2, por lo que se propone su supresión por reiteración.

Se acepta la propuesta.

18.- En relación con el apartado 1 del artículo 105 a juicio de la Intervención General, debería aclararse que la Reserva Complementaria también se destinará a la cancelación de los resultados negativos obtenidos cuando, una vez repuesta la Reserva de Estabilización en su nivel mínimo, persista el déficit, y proponen la siguiente redacción:

“Los resultados negativos obtenidos en los ámbitos previstos en los apartados 1 y 2 del artículo anterior se cancelarán aplicando la respectiva Reserva de Estabilización. En caso de que la misma se sitúe por debajo de su nivel mínimo de cobertura o persista el déficit, se repondrá hasta el mencionado nivel o se cubrirá el déficit con cargo a la Reserva Complementaria prevista en el artículo siguiente”.

Se acepta la propuesta.

Seguidamente indica en relación con el segundo párrafo del artículo 105.1 que la referencia *“al inicio del ejercicio”* debiera sustituirse por la de *“al final del ejercicio”*. Y ello, sobre la base de que al inicio del ejercicio el saldo de las reservas no recoge la aplicación del resultado del



ejercicio anterior, ni las aplicaciones de la Reserva Complementaria a que se refiere el artículo 96.1.b) LGSS, que, de acuerdo con lo establecido en la Resolución de 5 de julio de 2016, de la Intervención General de la Administración del Estado, por la que se modifican las Resoluciones de 1 de julio de 2011, por la que se aprueba la adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social, y la de 25 de julio de 2012, por la que se determina la estructura y composición de la Cuenta General de la Seguridad Social y de las cuentas anuales de las entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social, se cargará al cierre del ejercicio por las disposiciones legalmente establecidas para esta Reserva.

Se acepta la observación.

Por último, respecto del artículo 105.4, debería, en línea con lo señalado en relación con el artículo 105.1, añadir la expresión “*al final del ejercicio*”. Según ello la redacción del apartado 4 quedaría como sigue:

“El resultado negativo de la gestión de las prestaciones por cese en la actividad se cancelará aplicando la Reserva específica constituida en las mutuas al final del ejercicio y, en caso de insuficiencia, se aplicará la Reserva Complementaria de Estabilización por Cese de Actividad constituida en la Tesorería General de la Seguridad Social hasta extinguir el déficit y reponer hasta su nivel mínimo de dotación aquella Reserva”.

Se acepta la propuesta.

19.- En relación con el artículo 107.2 consideran aconsejable incluir al final del apartado 2 del artículo 107, el siguiente inciso:

“..., debiendo ser comunicados a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo de un mes a contar desde su formalización, acompañando copia de los mismos.”

Se acepta la propuesta y se procede a su inclusión.

20.- Respecto del artículo 129.2 en relación con el artículo 132 se considera conveniente que en ambos artículo se designe a un único órgano –Ministerio de Empleo y Seguridad Social o Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social- con el fin de evitar dudas de interpretación.

Se acepta la observación.

21.- En cuanto al artículo 131 indican que se hace referencia al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en relación a la colaboración de las mutuas con “*otras entidades*” diferentes a los



servicios públicos de salud y a las entidades gestoras de la Seguridad Social”. Y recuerdan que conforme al artículo 15 del Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, aquél conserva la misma naturaleza de entidad gestora que el extinguido Instituto Nacional de la Salud.

Por ello, entienden que debería efectuarse el cambio de la denominación de tal capítulo por “*Colaboración de las mutuas con los servicios públicos de salud y con las entidades gestoras de la Seguridad Social*” y suprimir el artículo 131, trasladando su contenido como apartado 3 del artículo 130, y procediéndose a la adecuación en la numeración del articulado como consecuencia de tal cambio.

No se asume la propuesta por cuanto, con independencia de la naturaleza del INGESA en cuanto continuador del Instituto Nacional de la Salud, los supuestos regulados en los artículos 130 y 131 son distintos. Así, mientras el primero está referido a los regulados en el artículo 82.4.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, el artículo 131 se ocupa de los acuerdos de colaboración regulados en el artículo 82.4. f) del referido texto que establece: “Sin perjuicio de los mecanismos y procedimientos regulados en los apartados anteriores (...)”.

No obstante, al hilo de la observación formulada por la IGSS, se ha detectado la omisión en el artículo 131 de la referencia a los servicios de salud de las comunidades autónomas, referencia que se ha incorporado en concordancia con lo establecido en el precepto legal antes citado.

Por otro lado, y en concordancia con lo establecido en el artículo 129.2 del proyecto, respecto de los convenios y acuerdos de colaboración con los servicios públicos de salud, así como en el artículo 82.4.e) antes citado, se ha incorporado el siguiente texto: “(..),y previa autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (..)”. Tanto en el artículo 130, como en el 131.

22.- Indican en relación con la disposición adicional segunda del proyecto, la conveniencia de especificar, en aras a una mayor seguridad jurídica y homogeneidad en el sector de mutuas colaboradoras, si el mismo lleva incorporado el correspondiente porcentaje de IVA o, por el contrario, tal impuesto debe aplicarse sobre él, teniendo en cuenta la consideración de hecho imponible en IVA atribuida a este tipo de cesión.

Se acepta la observación y se procede a concretar tal aspecto.



Por último formulan observaciones de carácter formal y ponen de manifiesto algunas erratas detectadas. Se procede a la modificación y corrección de las mismas.

En el artículo 46, “*Arrendamientos financieros y renting*”. Se considera conveniente no utilizar la expresión *renting* dado que se trata de una expresión no incorporada al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, por lo que debería utilizarse su expresión equivalente en español.

Se acepta la observación y se procede a la sustitución del término.

Tesorería General de la Seguridad Social.

Por parte de la Tesorería General de la Seguridad Social se formulan las siguientes observaciones:

1.- Respecto de los artículos 23, 24 y 25 del proyecto del Real Decreto, incluidos en una subsección referida al aplazamiento de las deudas con la Seguridad Social, indica que en el artículo 23 debe hacerse una remisión directa a lo dispuesto en los artículos 31 y siguientes del Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio.

Seguidamente entiende que lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 23 no se ajustaría a lo establecido en el artículo 100.5 LGSS, por cuanto este artículo establece supuestos en los que sí se exige la constitución de garantía.

Finalmente manifiesta la conveniencia de que se eliminen los artículos 24 y 25 del proyecto, referidos a la duración y procedimiento del aplazamiento, en coherencia con lo indicado respecto al artículo 23, donde, en cuanto a la concesión y procedimiento del aplazamiento se remite a lo dispuesto en los artículos 31 y siguientes del Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social.

Aun cuando el artículo 100.5 LGSS remite al desarrollo reglamentario para el establecimiento de las condiciones de los aplazamientos de las deudas que pueden haber contraído las mutuas, sobre la base de que en el propio proyecto se determina que es la Tesorería General de la Seguridad Social quien ostenta la competencia para resolver la solicitud de aplazamiento, el órgano proponente de la norma comparte las observaciones expuestas por la TGSS, por lo que se procede a hacer una remisión expresa al Reglamento General de Recaudación y a la supresión de los artículos 24 y 25 del proyecto en concordancia con las consideraciones realizadas.

No obstante lo anterior, se considera que no procede una remisión en cuanto a todos los aspectos del aplazamiento, debiendo mantenerse la previsión de que no sea necesario constituir garantía ya que así lo dispone la propia LGSS (art. 100.5 LGSS: “Asimismo, la mutua



podrá hacer frente a esta responsabilidad mediante el patrimonio previsto en el artículo 93. En el caso de que este patrimonio no fuera suficiente para atender la citada responsabilidad a corto plazo, podrá autorizarse por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a propuesta de la junta General de la mutua, un plan de viabilidad y/o un **aplazamiento en el que podrá no ser necesaria la constitución de garantías, en las condiciones y plazos que reglamentariamente se establezcan**). Ello no obstante, se recoge la propuesta de la TGSS en cuanto a la procedencia de establecer excepciones a la regla general de no exigencia de garantía para así cumplir en su totalidad la previsión contenida en el artículo 100.5 LGSS.

En relación con el apartado 3 del artículo 49 del proyecto indican que se recoge una remisión a *“lo establecido en el artículo 12.5 de este Reglamento”*. Sin embargo, el artículo 12 del proyecto no contiene más que un apartado 1. Por ello, debe ser corregida dicha remisión, al tiempo que debería suprimirse el número 1 de dicho artículo 12 al no contener más que un único apartado.

Se acepta la observación.

También respecto del artículo 49 del proyecto, indican que se incorpora un apartado 5 que es nuevo respecto de la regulación actual de los supuestos a que se refiere el mismo, en el cual se dispone que: *“Conforme al artículo 12.5 del Real Decreto 1221/1992, de 9 de octubre, la entidad que tuviera adscrito el bien inmueble dejare de necesitarlo para el desenvolvimiento de sus servicios, seguirá asumiendo los gastos derivados de su conservación, defensa, mejora, servicios y suministros del inmueble adscritos, así como el abono de todos los impuestos que lo graven hasta el final del ejercicio económico, salvo que antes de finalizar el mismo se produzca la adscripción a otra Entidad”*.

Señalan que el nuevo apartado 5 implica y conlleva unas consecuencias inadmisibles desde el punto de vista de la gestión patrimonial que tiene asignada la TGSS, pues aunque nada se dice respecto de que debe ser la TGSS la que asuma los gastos a partir del final del ejercicio económico, salvo que antes se produzca la adscripción a otra Entidad, deberá ser la TGSS la que asuma esos gastos en aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto 1221/1992, en cuanto titular de todo el patrimonio de la Seguridad Social.

Señalan al respecto que la TGSS no debe asumir en ningún caso esos gastos pues supone una gravísima distorsión en sus presupuestos, careciendo de sentido que la Mutua que deja de necesitarlo mantenga en su balance el inmueble en cuestión hasta que se produce, bien su enajenación y su consiguiente ingreso del precio en los presupuestos de la Seguridad Social que gestiona, bien su adscripción a otra Mutua, Entidad Gestora o Servicio Común y su consiguiente compensación y que, simultáneamente, sea la TGSS la que deba asumir el pago de todos esos conceptos.



En consecuencia, plantean la conveniencia de que se suprima el apartado 5 ó, de mantenerse, que se modifique su redacción

Se acepta la observación y se procede a suprimir el apartado 5.

En relación con el artículo 85.2, referido al reaseguro voluntario o reaseguro por exceso de pérdidas, considera que debería valorarse la conveniencia de fijar un período de reaseguramiento, para las mutuas que hubieran suscrito un convenio a efectos del régimen de compensación entre las mutuas concertantes que hubiesen optado por tal figura. Así, sería conveniente que se disponga una duración del concierto de reaseguro con un límite a fin de cerrar su siniestralidad a un fecha cierta. Esta opción se considera más conveniente que la situación actual de liquidar en los cinco años siguientes pero realizando una previsión de las incidencias que los expedientes tendrán a futuro.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, proponen una redacción alternativa para el segundo párrafo del apartado 2 del artículo 85 del proyecto:

“En relación con el exceso de pérdidas no reaseguradas según lo establecido en el párrafo anterior, las mutuas podrán optar entre constituir los correspondientes depósitos en la Tesorería General de la Seguridad Social o formalizar con la misma un concierto facultativo en régimen de compensación entre las mutuas concertantes cuyo objeto serán los siniestros derivados de accidentes de trabajo producidos en el correspondiente año natural de vigencia del mismo y siempre que sus efectos económicos se originen dentro de los cuatro años inmediatamente posteriores a la finalización del año reasegurado.”

Se acepta la propuesta y se procede a incorporar la redacción aportada por la TGSS.

En relación a las aportaciones a los servicios comunes de la Seguridad Social indican que los mismos se encuentran expresamente excluidos en el actual Reglamento de colaboración, respecto a la cobertura por las mutuas de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes conforme al artículo 71.2 in fine y que esa exclusión también se produce respecto a la gestión de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes sufridas por los trabajadores autónomos adheridos a una mutua, tal y como dispone el artículo 76.2 in fine. Sobre la base de que el proyecto de Real Decreto no establece ninguna previsión al respecto, plantean la posibilidad de tener en cuenta, tanto la colaboración en las contingencias comunes como en el cese de actividad de los trabajadores autónomos, para determinar la aportación a la gestión de los servicios comunes, al considerar que debe existir una equiparación entre dichas aportaciones y el ámbito de colaboración que asumen las mutuas. En este sentido, se



recuerda que el coeficiente aplicable para la determinación de tales aportaciones será aprobado anualmente por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, por lo que será fácilmente ajustable en función de las circunstancias concretas.

En concordancia con lo anterior, proponen la siguiente redacción para el apartado 1 del artículo 77 del proyecto:

“1. De conformidad con lo previsto en el artículo 346 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, corresponde a la mutua con quien el trabajador autónomo haya formalizado el documento de adhesión, la gestión de la prestación por cese de actividad, asumiendo su coste así como los gastos que se produzcan en las entidades gestoras de la Seguridad Social por la administración de esta prestación”.

Adicionalmente indican que aun cuando el artículo 97.2, último párrafo, dispone literalmente que: *“Asimismo las Mutuas asumirán el coste del subsidio de incapacidad temporal, el de la gestión administrativa que realicen en relación con estas prestaciones y de las actuaciones de control y seguimiento de la prestación económica y de la situación de incapacidad temporal, así como el de las actuaciones a que se refiere el artículo 101”*, en ese artículo no se hace alusión a los gastos que asumen las entidades gestoras en la administración de estas prestaciones, respecto de los cuales, en base a los razonamientos anteriores, también deberían aportar las Mutuas.

Por ello, proponen la siguiente redacción para el apartado 2 del artículo 97 del proyecto:

“Asimismo las mutuas asumirán el coste del subsidio de incapacidad temporal, el de la gestión administrativa que realicen en relación con estas prestaciones y de las actuaciones de control y seguimiento de la prestación económica y de la situación de incapacidad temporal, así como el de las actuaciones a que se refiere el artículo 101, y los gastos que se produzcan en las entidades gestoras de la Seguridad Social por la administración de estas prestaciones.”

Se acepta la observación y se procede a incorporar las redacciones propuestas.

Finalmente, respecto a los artículos 86 y 99 del proyecto de Real Decreto, relativos al reintegro de cantidades indebidamente percibidas, consideran conveniente sustituir el término “transferirán” por “abonarán”, para no limitar tales ingresos a la transferencia de efectivo, contemplándose así su posible apunte contable.



Se acepta la observación.

4. OPORTUNIDAD DEL PROYECTO

La oportunidad del proyecto se justifica en la necesidad inaplazable de proceder a dotar de un marco reglamentario la colaboración en la gestión que respecto de las prestaciones de Seguridad Social, llevan a cabo las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Así, como ya se indicó, la base jurídica de este proyecto radica en la disposición final quinta de 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.

La citada disposición final quinta dispone que *“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”*.

Tras la promulgación de la referida Ley 35/2014, de 26 de diciembre, y como consecuencia de las importantes transformaciones que se producido en el sector y en el sistema de la Seguridad Social, resulta necesario proceder a una revisión en profundidad de muchos de los aspectos de la gestión que llevan a cabo las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, con el objeto de adecuarlos a las exigencias de la colaboración atribuida, acomodando su constitución y funcionamiento al marco legal vigente mediante el correspondiente desarrollo normativo. Igualmente, con el proyecto se procede a adaptar su gestión a las características actuales del sector. Y ello, con el propósito de garantizar su actuación coordinada con los objetivos fijados con carácter general para el sistema de la Seguridad Social y con la obtención de una mayor eficacia y racionalización en la utilización de los recursos que gestionan estas entidades colaboradoras.

Desde esta perspectiva, el proyecto de real decreto además de acomodar la regulación de las mutuas a las modificaciones experimentadas por el propio sistema de la Seguridad Social, incorpora y desarrolla las modificaciones recogidas en la Ley 35/2014, de 26 de diciembre.

Como continuación de la línea establecida por la Ley 35/2014, este proyecto de real decreto contribuye a la modernización del régimen jurídico de las mutuas de dos formas: estableciendo



los mecanismos precisos para garantizar que desarrollarán una gestión eficaz y eficiente en todos los sentidos, y reconociendo un mayor protagonismo y unas mayores facultades a los destinatarios de la gestión de las mutuas -empresas asociadas, trabajadores por cuenta ajena protegidos y trabajadores por cuenta propia o autónomos-.

En suma, se trata de cumplir el objetivo legal de modernizar el funcionamiento y gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, reforzando los niveles de transparencia y eficiencia, adaptando su actuación a la realidad actual con el propósito de lograr el cumplimiento de los principios de seguridad jurídica, coordinación, eficacia, eficiencia, transparencia y competencia, al tiempo que se dota de una regulación al régimen de colaboración en la gestión que desarrollan las mutuas en relación con las prestaciones económicas y de asistencia sanitaria derivada de las contingencias profesionales; prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes; prestaciones por riesgo durante el embarazo y la lactancia natural; prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave y prestación por cese de actividad de los trabajadores autónomos y se regula en su integridad el régimen jurídico de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y las funciones que desarrollan como entidades asociativas privadas colaboradoras en la gestión de la protección pública, de conformidad con las modificaciones introducidas en su régimen jurídico por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre.

Por ello, no hay alternativa posible a la aprobación de este real decreto una vez modificado el régimen jurídico de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social mediante la Ley 35/2014, de 26 de diciembre. Modificación que a su vez se recoge ya en los artículos 79 a 101 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, se informa que el proyecto de real decreto se encuentra incluido en el Plan Anual Normativo.

5. LISTADO DE NORMAS DEROGADAS

Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en la gestión de la Seguridad Social.



Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

Todas las normas de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en este real decreto.

6. IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO

El objetivo de este proyecto es dotar de un marco reglamentario la colaboración en la gestión que respecto de las prestaciones de Seguridad Social, llevan a cabo las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Tras la promulgación de 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, se debe proceder a la adecuación de muchos aspectos de la gestión que llevan a cabo las mutuas colaboradoras con la Seguridad social con el fin de adecuarlos al marco legal vigente, adaptando su gestión a las características del sector. Por lo tanto este proyecto de Real Decreto incorpora y desarrolla las modificaciones recogidas en la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, adecuándolas a los cambios experimentados por el sistema de Seguridad Social, con el fin de contribuir a la modernización del régimen jurídico de las mutuas, estableciendo los mecanismos que garanticen una gestión eficaz y eficiente y reconociendo mayores facultades a los destinatarios de la gestión de la mutuas.

Los datos más relevantes en la gestión de las contingencias profesionales, las contingencias comunes y el cese de actividad realizado por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social es el siguiente:

Contingencias profesionales

Año 2016

Número de personas protegidas	14.017.741
Ingresos (millones de euros)	7.649,00
Gastos (millones de euros)	7.090,04
Superávit (millones de euros)	558,97

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Reservas de estabilización (millones de euros)	2.704,87
Porcentaje de dotación	44,55

Contingencias comunes

Año 2016

Número de personas protegidas	13.226.181
Ingresos (millones de euros)	4.140,69
Gastos (millones de euros)	4.663,22
Déficit (millones de euros)	-522,52
Reservas de estabilización (millones de euros)	420,97
Porcentaje de dotación	10,66

Cese de actividad

Año 2016

Número de personas protegidas	507.019
Ingresos (millones de euros)	141,57
Gastos (millones de euros)	39,11
Superávit (millones de euros)	102,46
Reservas de estabilización (millones de euros)	33,02
Porcentaje de dotación	25,00

Las medidas contempladas en este proyecto de Real Decreto, destinados fundamentalmente a ordenar la gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad social, no producen impacto presupuestario.



7. IMPACTO POR RAZÓN DE GÉNERO

No existe impacto por razón de género. Las medidas contempladas en este proyecto de real decreto, destinadas a mejorar la gestión de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, no producen discriminando alguna por razón de género.

8. IMPACTO EN LA FAMILIA

En cumplimiento de lo establecido en la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas, añadida por la disposición final cuarta, tres, de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que establece que *“las memorias del análisis de impacto normativo que deben acompañar a los anteproyectos de ley y a los proyectos de reglamentos incluirán el impacto de la normativa en la familia”*, se constata que el presente proyecto tiene un impacto nulo en este ámbito.

9. IMPACTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 22 quinquies (añadido por el artículo primero, veintiuno, de la Ley 26/2015, de 28 de julio) de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por el que se establece que *“las memorias de análisis de impacto normativo que deben acompañar a los anteproyectos de ley y a los proyectos de reglamentos incluirán el impacto de la normativa en la infancia y en la adolescencia”*, se constata que el presente proyecto, dado su objeto, tiene un impacto nulo en este ámbito.

10. IMPACTO SOBRE LAS PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 26.3.e) Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en la *“memoria del análisis de impacto normativo, deberá contenerse la determinación del impacto de la norma en tramitación sobre las pequeñas y medianas empresas”*. El presente proyecto no tiene un impacto significativo sobre las pequeñas y medianas empresas más allá de que las medidas comprendidas en el proyecto, dirigidas a mejorar la gestión que las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social hacen para las empresas, pueden tener un efecto claramente beneficioso para las pequeñas y medianas empresas.