

FORO

Diciembre 2011

DE SEGURIDAD SOCIAL

Nº 24

EDITORIAL **ANÁLISIS** LEY 27/2011, DE 1 DE AGOSTO, SOBRE ACTUALIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL • LA AGENCIA ESTATAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL • UNA OMISIÓN DE LA LEY 27/2011, DE 1 DE AGOSTO: LA NECESARIA MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 137 DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL **DEBATE** ¿QUÉ SABEMOS DEL IMPACTO DE LOS COPAGOS EN ATENCIÓN SANITARIA SOBRE LA SALUD? EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES • EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y ALTERNATIVAS PARA SU MEJORA • ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y CRÍISIS ECONÓMICA **INFORMACIÓN** DOCUMENTOS • ACTUALIDAD LEGISLATIVA Y JURISPRUDENCIAL • PUBLICACIONES • AGENDA • INTERNACIONAL • RESÚMENES

Edita:

Asociación Profesional
del Cuerpo Superior de Técnicos
de la Administración
de la Seguridad Social

Apartado de Correos nº 4.048
28080 MADRID
www.foross.org

Presidente del Consejo Editorial:

Bernardo Gonzalo González

Gerente:

Mario Gómez-Aller Iglesias

Director de la revista:

José María Alonso Seco

Editor:

José Eduardo Pérez Madrid

Redactor Jefe:

Pedro Gete Castrillo

Delegado de ATASS:

Carlos Abad Ruiz

**Asesor de Actualidad Legislativa y
Jurisprudencial:**

Juan José Sanjuán Marín

Asesor adjunto a la dirección:

Manuel Aznar López

**Secretaría de redacción y
documentalista:**

Rosario Cabezuelo Jiménez

ISSN: 1578-4193

Esta publicación no se hace necesariamente
solidaria con las opiniones expresadas en las
colaboraciones firmadas.

Prohibido reproducir los contenidos de esta revista
a no ser que se citen las fuentes o se pida permiso
expreso de los responsables de la publicación.

Se podrán consultar los contenidos de todos los números
publicados de FORO DE SEGURIDAD SOCIAL y los
correspondientes ÍNDICES de AUTORES, de MATERIAS y de
DOCUMENTOS en

www.foross.org

La Asociación Profesional del Cuerpo Superior de Técnicos de la
Seguridad Social cuenta asimismo con la siguiente página web

www.atass.org

ANÁLISIS

4

LEY 27/2011, DE 1 DE AGOSTO, SOBRE ACTUALIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Juan José Sanjuán Marín

15

LA AGENCIA ESTATAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Carlos Manuel Abad Ruiz

20

UNA OMISIÓN DE LA LEY 27/2011, DE 1 DE AGOSTO: LA NECESARIA MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 137 DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Manuel Aznar López

DEBATE

35

¿QUÉ SABEMOS DEL IMPACTO DE LOS COPAGOS EN ATENCIÓN SANITARIA SOBRE LA SALUD? EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES

Beatriz González López-Valcárcel

47

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y ALTERNATIVAS PARA SU MEJORA

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

57

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y CRISIS ECONÓMICA

José María Alonso Seco

INFORMACIÓN

72

DOCUMENTOS

73

ACTUALIDAD LEGISLATIVA Y JURISPRUDENCIAL

79

INTERNACIONAL

81

AGENDA

82

PUBLICACIONES

83

RESÚMENES

El sistema de Seguridad Social español vive momentos preocupantes, a causa de la crisis económica y de la alta tasa de desempleo. En una nota oficial de 20 de diciembre de 2011, del Ministerio de Trabajo e Inmigración, se ponía de manifiesto que, en noviembre de 2011, el superávit de la Seguridad Social había sido un 41,8% menor que en la misma fecha del año anterior, y que el superávit sería más reducido en diciembre de 2011 porque faltaban por imputar los gastos de la paga extraordinaria a los pensionistas y de la paga de desviación del IPC de las pensiones mínimas. Por otra parte, se señalaba en la misma nota, habían caído en un 1,3% los ingresos por cotizaciones sociales. Y ello a pesar de que, por el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, se había suspendido la revalorización de pensiones para el ejercicio de 2011, excepto para las pensiones mínimas, las pensiones del extinguido SOVI no concurrentes y las pensiones no contributivas. Razones todas ellas por las que, semanas antes, el Secretario de Estado de Seguridad Social había puesto en duda que el sistema pudiera acabar con superávit en 2011.

A la vista de la situación económica de nuestro país, el Consejo Europeo recomendó que España debería tomar medidas, en el periodo 2011-2012, cuya finalidad tenía que ser reformar el sistema de pensiones, señalando dos en concreto, el retraso en la edad de jubilación y el aumento del número de años de trabajo para el cálculo de las pensiones. Ambas medidas, junto con otras adicionales, se llevaron a efecto por la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre

actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, que ha supuesto la introducción de importantes modificaciones en el sistema.

A los funcionarios de la Seguridad Social no nos pasa desapercibida ni nos resulta ajena la crisis por la que atraviesa en la actualidad el sistema, ni tampoco las dificultades de aplicación que pueda tener la Ley antes citada. Por esta razón nos hemos reunido recientemente representantes de las cuatro Asociaciones Profesionales de los Cuerpos Superiores de la Seguridad Social –Técnicos, Letrados, Interventores, Actuarios- a iniciativa precisamente de la Asociación de Técnicos, con el propósito de estudiar el momento por el que atraviesa la Seguridad Social y llegar a una serie de propuestas y actuaciones comunes con el fin de que los responsables políticos escuchen también la voz siempre cualificada y experimentada de los técnicos. En dicha reunión surgieron una serie de conclusiones que, con el tiempo, desglosaremos con mayor detenimiento, pero que ya desde ahora pueden resumirse en una sola: actuación conjunta de los profesionales para estudiar cómo adecuar a nuestros tiempos la estructura prestacional y organizativa del sistema de la Seguridad Social.

En el presente número de Foro se inicia un primer análisis de las principales medidas que contiene la Ley 27/2011, de 1 de agosto, con un estudio de aquellas que han entrado o entrarán próximamente en vigor. Se inserta, asimismo, un detenido artículo sobre la inaplicación, que se considera una omisión en la citada Ley, de la reforma de la incapacidad permanente introducida por la Ley 24/1997, de 15 de julio,

de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, una reforma que quiso introducir criterios de valoración objetiva y socioeconómica en la determinación de la incapacidad permanente. Se completa, por el momento, el análisis de dicha Ley con un estudio sobre la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social prevista en la disposición adicional séptima y cuya autorización de creación se faculta al Gobierno.

En la sección de Debate, y siguiendo con la tónica marcada por la revista de contemplar el conjunto del sistema de protección social como un todo complementario entre sí, ha parecido también oportuno dedicar algunos artículos de opinión sobre aspectos relativos a los sistemas de sanidad y de atención a la dependencia. En concreto, sobre la situación actual del sistema sanitario en España y alternativas de mejora, así como el efecto del copago sanitario. Por lo que

se refiere a atención a la dependencia, ha parecido de interés tratar sobre su relación con la crisis económica actual. Se trata, en ambos supuestos, de reflexiones que tienen por finalidad fomentar un debate permanente sobre cuestiones que permanecerán vivas a lo largo de estos años y para las que debe darse respuesta, pues se trata de pilares básicos en nuestro sistema de bienestar. El número se cierra con las habituales secciones de legislación, jurisprudencia e internacional, a las que se une la transcripción de dos documentos -Seguridad Social en América latina y el Cono Sur, y Estrategia Europea 2020- que creemos pueden ser de interés para los lectores.

Deseamos, una vez más, que la revista Foro pueda ser un lugar de intercomunicación y participación entre la Asociación Profesional del Cuerpo Superior de Técnicos de la Administración de la Seguridad Social y sus lectores. ●

LEY 27/2011, DE 1 DE AGOSTO, SOBRE ACTUALIZACIÓN, ADECUACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Juan José SANJUÁN MARÍN

Cuerpo Superior de Técnicos de la Administración de la
Seguridad Social

4

Conforme indica el preámbulo de la Ley, para enmarcar adecuadamente su contenido hay que partir del Acuerdo social y económico para el crecimiento, el empleo y la garantía de las pensiones que, con fecha 2 de febrero de 2011, suscribieron los interlocutores sociales y el Gobierno, como fruto del Diálogo Social.

El apartado II Pensiones (Acuerdo para la Reforma y Fortalecimiento del Sistema Público de Pensiones), recoge una serie de compromisos siguiendo las orientaciones contenidas en el Informe de Evaluación y Reforma del Pacto de Toledo, aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados en su sesión de 25 de enero de 2011.

En consecuencia, la Ley, dentro de esos objetivos señalados, tiene como finalidad llevar al ordenamiento de la Seguridad Social los compromisos recogidos en el Acuerdo social y económico mencionado, así como incorporar algunas de las recomendaciones reflejadas en la nueva reformulación del Pacto de Toledo.

La tramitación del Proyecto de Ley se inició en el Congreso de los Diputados el 1 de abril de 2011 y culminó el 1 de agosto de 2011. Su publicación se produjo en el BOE del día 2 de agosto de 2011, saliendo una corrección de errores en el BOE del día 5 de octubre siguiente.

Su vigencia se produce en varios tiempos. Aunque el grueso de la Ley entrará en vigor el 1 de enero de 2013, varias disposiciones entraron en vigor en la misma fecha de su publicación, otras a partir del 1 de enero de 2012 y algunas no alcanzarán plena vigencia hasta el año 2027.

En este artículo se va a hacer un relato de las disposiciones cuya entrada en vigor es anterior al año 2013. No obstante, dado que el **régimen jurídico de la pensión de jubilación** es el que experimenta, a partir del 2013, mayor número de modificaciones, parece conveniente hacer también una breve referencia a esta prestación.

De esta forma, el texto que sigue se estructura en los siguientes apartados:

I. Disposiciones con vigencia desde el 2 de agosto de 2011.

II. Disposiciones aplicables a partir del 1 de enero de 2012.

III. Disposiciones con vigencia desde el 2 de agosto de 2011, pero que requieren algún tipo de desarrollo o actuación previa para su operatividad.

IV. Pensión de jubilación.

I.- DISPOSICIONES CON VIGENCIA DESDE EL 2 DE AGOSTO DE 2011

Disposición adicional primera. Pensión de orfandad

Da nueva redacción a los apartados 1 y 2 del artículo 175 de la Ley General de la Seguridad Social, elevando, por una parte, con carácter general, la edad de los beneficiarios para tener derecho a pensión de orfandad desde los 18 años a los 21 años.

En el caso de orfandad absoluta, si el beneficiario no efectúa un trabajo lucrativo por cuenta propia o ajena, o cuando realizándolo, los ingresos que obtenga son inferiores a la cuantía del salario mínimo interprofesional, en cómputo anual, se eleva la edad hasta la que se puede tener derecho a la pensión a los 25 años.

Si el huérfano estuviera cursando estudios y cumpliera 25 años durante el transcurso del curso escolar, la percepción de la pensión de orfandad se mantendrá hasta el día primero del mes inmediatamente posterior al inicio del siguiente curso académico.

En los supuestos de orfandad simple (cuando sobrevive uno de los progenitores), la disposición adicional modifica la disposición transitoria sexta bis de la Ley General de la Seguridad Social, estableciendo que en los casos previstos en el apartado 2 del artículo 175 de la Ley, cuando sobreviva uno de los progenitores, el límite de edad determinante de la condición de beneficiario de la pensión de orfandad, será aplicable a partir de 1 de enero de 2014.

Hasta alcanzar dicha fecha, el indicado límite será el siguiente:

- a) Durante el año 2012, de veintitrés años.
- b) Durante el año 2013, de veinticuatro años.

Disposición adicional decimosexta. Expedientes de regulación de empleo que afecten a trabajadores mayores de 50 años en empresas con beneficios

Establece esta disposición que las empresas que realicen despidos colectivos de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 del Estatuto de los Trabajadores, y que incluyan a trabajadores de 50 o más años de edad, deberán efectuar una aportación económica al Tesoro Público, en los términos que se determinen reglamentariamente, siempre que en tales despidos

colectivos concurren las circunstancias que se especifican en la propia disposición adicional.

Para el cálculo de la aportación económica a que se refiere el apartado anterior, se tomarán en consideración el importe de las prestaciones subsidios por desempleo de los trabajadores de 50 o más años de

edad afectados por el expediente de regulación de empleo, incluidas las cotizaciones a la Seguridad Social realizadas por el Servicio Público de Empleo Estatal.

El importe de la aportación se determinará según una escala en función del número de trabajadores de la empresa, del número de trabajadores de 50 o más años de edad afectados por el despido colectivo y de los beneficios de la empresa, en los términos que se determinen reglamentariamente.

LA LEY TIENE COMO FINALIDAD LLEVAR AL ORDENAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL LOS COMPROMISOS RECOGIDOS EN EL ACUERDO SOCIAL Y ECONÓMICO [DE 2 DE FEBRERO DE 2011], ASÍ COMO INCORPORAR ALGUNAS DE LAS RECOMENDACIONES REFLEJADAS EN LA NUEVA REFORMULACIÓN DEL PACTO DE TOLEDO

Asimismo, se determinarán reglamentariamente el procedimiento, la forma y el momento en que deberá hacerse efectiva la aportación.

Las aportaciones podrán, en su caso, destinarse total o parcialmente a generar créditos para la financiación de políticas activas de empleo de los trabajadores de más edad, en los términos que se determine reglamentariamente.

Lo previsto en esta disposición será de aplicación a los expedientes de regulación de empleo iniciados a partir del 27 de abril de 2011.

Disposición adicional decimoséptima. Prestación de servicios domésticos a través de empresas

Se dispone que las tareas domésticas prestadas por trabajadores no contratados directamente por los titulares del hogar familiar sino al servicio de empresas,

ya sean personas jurídicas, de carácter civil o mercantil, determinará el alta de tales trabajadores en el Régimen General de la Seguridad Social por cuenta de esas empresas.

Disposición adicional trigésima primera. Complementariedad de ingresos con la pensión de jubilación

Incorpora un apartado 4 en el artículo 165 de la Ley General de la Seguridad Social con el siguiente contenido:

“El percibo de la pensión de jubilación será compatible con la realización de trabajos por cuenta propia cuyos ingresos anuales totales no superen el Salario Mínimo Interprofesional, en cómputo anual. Quienes realicen estas actividades económicas no estarán obligados a cotizar por las prestaciones de la Seguridad Social.

Las actividades especificadas en el párrafo anterior, por las que no se cotice, no generarán nuevos derechos sobre las prestaciones de la Seguridad Social.”

Disposición adicional trigésima sexta. Cláusulas de los convenios colectivos referidas al cumplimiento de la edad ordinaria de jubilación

Modifica la disposición adicional décima del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, de forma que el trabajador afectado por la extinción del contrato de trabajo, en los supuestos previstos en dicha disposición adicional, no sólo deberá tener cubierto el período mínimo de cotización y reunir los demás requisitos para tener derecho a pensión de jubilación, sino que el período de cotización que acredite debe hacer posible que se le aplique un porcentaje del 80 por ciento a la base reguladora para el cálculo de la cuantía de la pensión.

Disposición final séptima. Modificación del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio

De esta disposición entraron en vigor el 2 de agosto de 2011 los siguientes apartados con la siguiente redacción:

CON CARÁCTER
GENERAL, LA EDAD DE LOS
BENEFICIARIOS PARA TENER
DERECHO A PENSIÓN
DE ORFANDAD [SE ELEVA
HASTA] LOS 21 AÑOS

Uno. Se da nueva redacción a la letra c) del apartado 1 del artículo 66 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en los siguientes términos:

c) “La colaboración con el sistema de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y la Intervención General de la Seguridad Social, en el ejercicio de sus funciones de inspección y control interno o con las demás entidades gestoras de la Seguridad Social distintas del cedente y demás órganos de la Administración de la Seguridad Social y para los fines de estadística pública en los términos de la Ley reguladora de dicha función pública.”

Dos. Se añade un nuevo apartado al artículo 135 quáter de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en los siguientes términos:

“Las previsiones contenidas en este artículo no serán aplicables a los funcionarios públicos, que se regirán por lo establecido en el artículo 49.e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público y la normativa que lo desarrolle.”

Tres. Se da una nueva redacción al apartado 2 del artículo 145 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que queda redactado de la siguiente forma:

2. “Las cuantías resultantes de lo establecido en el apartado anterior de ese artículo, calculadas en cómputo anual, son compatibles con las rentas o ingresos anuales que, en su caso, disponga cada beneficiario, siempre que los mismos no excedan del 35 por 100 del importe, en cómputo anual, de la pensión no contributiva. En otro caso, se deducirá del importe de la pensión no contributiva la cuantía de las rentas o ingresos que excedan de tal porcentaje, salvo lo dispuesto en el artículo 147.”

Cuatro. Se añaden dos nuevos apartados 2 y 3, pasando el actual apartado 2 a numerarse como apartado 4, en la Disposición adicional decimoséptima bis de la

Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, con la siguiente redacción:

2. "Asimismo, los beneficiarios de prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social cuyo disfrute se encuentre condicionado a la residencia efectiva en España, podrán ser citados a comparecencia en las oficinas de la Entidad Gestora competente con la periodicidad que ésta determine.
3. Si no se presenta la documentación requerida en el plazo establecido o no se comparece ante la Entidad Gestora, previa citación de ésta, la prestación o, en su caso, el complemento a mínimo de la misma, será objeto de suspensión cautelar. Si se presenta la información solicitada o se comparece transcurridos más de 90 días desde su solicitud o citación, se producirá la rehabilitación de la prestación o, en su caso, del complemento a mínimo con una retroactividad máxima de 90 días".

Cinco. Se añade un nuevo apartado 2, pasando a numerarse como 3 el actual apartado 2, en la Disposición adicional vigésima quinta de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, con la siguiente redacción:

2. "En caso de actuación por medio de representante, la representación deberá acreditarse por cualquier medio válido en Derecho que deje constancia fidedigna o mediante declaración en comparecencia personal del interesado ante el órgano administrativo competente. A estos efectos, serán válidos los documentos normalizados de representación que apruebe la Administración de la Seguridad Social para determinados procedimientos".

II.- DISPOSICIONES APLICABLES A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2012

Disposición adicional decimoctava. Anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado igual o superior al 45 por ciento

Modifica directamente el artículo 3 del Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 161 de la Ley General de la Seguridad Social, y establece que la edad mínima de jubilación de las personas afectadas, en un grado igual o superior al 45

por ciento, por una discapacidad de las enumeradas en el artículo 2 será, excepcionalmente, la de cincuenta y seis años (antes eran cincuenta y ocho años).

En relación con esta disposición, la disposición final sexta de la Ley autoriza al Gobierno para que por medio de Real Decreto pueda modificar la redacción dada al referido artículo 3 del Real Decreto 1851/2009.

Disposición adicional trigésima. Pensión de viudedad a favor de pensionistas con 65 o más años que no perciban otra pensión pública

Incrementa el porcentaje aplicable a la base reguladora para el cálculo de la cuantía de la pensión de viudedad del 52 al 60 por ciento, de forma progresiva y homogénea en un plazo de ocho años a partir de enero de 2012, cuando en la persona beneficiaria concurren los siguientes requisitos:

- a) Tener una edad igual o superior a 65 años.
- b) No tener derecho a otra pensión pública.
- c) No percibir ingresos por la realización de trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia.
- d) Que los rendimientos o rentas percibidos, diferentes de los arriba señalados, no superen, en cómputo anual, el límite de ingresos que esté establecido en cada momento para ser beneficiario de la pensión mínima de viudedad.

A estos efectos, la disposición adicional segunda del Real Decreto 1622/2011, de 14 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades

profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, establece que las entidades gestoras de la Seguridad Social solicitarán a los organismos competentes dependientes del Ministerio de Economía y Hacienda o, en su caso, de las comunidades autónomas o de las diputaciones

"EL PERCIBO DE LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN SERÁ COMPATIBLE CON LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS POR CUENTA PROPIA CUYOS INGRESOS ANUALES TOTALES NO SUPEREN EL SALARIO MÍNIMO INTERPROFESIONAL, EN CÓMPUTO ANUAL"

forales, la información contenida en sus bases de datos corporativas, en relación con los rendimientos o rentas percibidos por los pensionistas de viudedad con 65 o más años que no perciban otra pensión pública ni ingresos por la realización de un trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia.

A efectos de la aplicación, en el ejercicio 2012, de lo previsto en la mencionada disposición adicional trigésima, se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

Primera:

Se tomarán, como límite de rendimientos o rentas, los importes establecidos en el ejercicio 2011 para poder ser beneficiario de la pensión mínima de viudedad.

Segunda:

Para la acreditación de que la persona beneficiaria no recibe rendimiento o rentas superiores a los señalados en la regla primera, se tendrá en cuenta la información que se suministre por los organismos competentes de acuerdo con las previsiones de esta disposición.

8

Tercera:

Acreditado el requisito de rendimientos o rentas, en función de lo previsto en la regla anterior, la mejora de la pensión de viudedad correspondiente al ejercicio 2012 no será objeto de revisión, aunque la persona beneficiaria, con posterioridad y respecto de los ejercicios siguientes a los contenidos en la información suministrada por la Administración tributaria correspondiente, acredite ingresos superiores a los notificados por aquella.

Por otra parte, con efectos para las declaraciones del IRPF, a presentar a partir del ejercicio 2013, se regulará un mecanismo corrector de la progresividad en el caso de pensiones de viudedad que se acumulen exclusivamente con rentas procedentes del trabajo u otras pensiones, tomando como referencia el importe de la pensión

LA EDAD MÍNIMA DE JUBILACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS, EN UN GRADO IGUAL O SUPERIOR AL 45 POR CIENTO, POR UNA DISCAPACIDAD DE LAS ENUMERADAS EN EL ARTÍCULO 2 SERÁ, EXCEPCIONALMENTE, LA DE CINCUENTA Y SEIS AÑOS. (ANTES ERAN CINCUENTA Y OCHO AÑOS)

mínima de viudedad. Para ello, las personas que compatibilizan estos ingresos estarán exentas de la obligación de declarar y, en el caso de que exista obligación de declarar, se aplicará a las personas que perciban rendimientos de trabajo y pensiones de viudedad la separación de la escala de tributación en el IRPF por ambas fuentes.

NOTA. Hay que señalar que la disposición adicional novena del Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público (BOE 31-12-2011), aplaza lo establecido en esta disposición adicional trigésima de la Ley.

Disposición adicional trigésima tercera. Cotizaciones adicionales de los trabajadores autónomos

Con vigencia desde el 2 de agosto de 2011, según establece la disposición final duodécima, esta disposición establece que a partir del 1 de enero de 2012, y con carácter indefinido, los trabajadores del Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos podrán elegir, con independencia de su edad, una base de cotización que pueda alcanzar hasta el 220 por ciento de la base mínima de cotización que cada año se establezca para este Régimen Especial.

Disposición adicional trigésima novena. Integración del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar en el Régimen General de la Seguridad Social

Con vigencia desde la fecha de publicación de la Ley, esta disposición establece que con efectos de 1º de enero de 2012 el Régimen Especial de la Seguridad Social de los empleados de Hogar quedará integrado en el Régimen General de la Seguridad Social, mediante el establecimiento de un sistema especial.

No obstante lo anterior, el número 4 de la disposición adicional prevé un período transitorio que termina el 30 de junio de 2012 para que se comunique a la Tesorería General de la Seguridad Social, el cumplimiento de las condiciones exigidas para la inclusión en el sistema especial de Empleados de hogar, de las personas procedentes del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar.

El sistema especial se aplicará en estos casos desde el día primero de mes siguiente a aquél en que se rea-

lice la comunicación. Hasta entonces, se seguirá aplicando el Régimen Especial de Empleados de Hogar.

Si llegado el 30 de junio de 2012, no se ha llevado a cabo la comunicación del cumplimiento de las condiciones exigidas para la inclusión en el sistema especial de Empleados de Hogar, cuando se trate de empleados de hogar que presten sus servicios de manera exclusiva y permanente para un único empleado, quedarán automáticamente incluidos en el sistema especial y su cotización pasará a efectuarse, desde 1 de julio de 2012, con arreglo a la base establecida en el tramo superior de la escala que se recoge en el número 2.a.1º, de la disposición adicional. Si se trata de empleados de hogar que venían prestando sus servicios con carácter parcial o discontinuo a uno o más empleadores, quedarán excluidos de dicho sistema especial.

La integración en el Régimen General supone la aplicación de la normativa reguladora de este régimen, con las particularidades que la propia disposición adicional prevé en materia de cotización y acción protectora.

La base de cotización estará transitoriamente en función de la retribución percibida por el empleado de hogar, con arreglo a una escala de 15 tramos (en el año 2013 establecerá un tramo nuevo 16 para las retribuciones superiores a la base mínima del Régimen General).

A partir del año 2019, las bases de cotización por contingencias comunes y profesionales se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 109 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, sin que la cotización pueda ser inferior a la base mínima que se establezca legalmente.

Para el tipo de cotización también existe un período transitorio de aproximación progresiva al del Régimen General, que se aplicará a partir del año 2019.

Con respecto a la cotización, la disposición transitoria única de la Ley establece que durante los ejercicios

CON EFECTOS DE 1º. DE
ENERO DE 2012 EL RÉGIMEN
ESPECIAL DE LA SEGURIDAD
SOCIAL DE LOS EMPLEADOS
DE HOGAR QUEDARÁ
INTEGRADO EN EL RÉGIMEN
GENERAL DE LA SEGURIDAD
SOCIAL, MEDIANTE EL
ESTABLECIMIENTO DE UN
SISTEMA ESPECIAL

2012, 2013 y 2014, se aplicará una reducción del 20 por 100 a las cotizaciones devengadas por la contratación de las personas que presten servicios en el hogar familiar, y queden incorporadas en el sistema especial a que se refiere la disposición adicional trigésima novena, siempre que la obligación de cotizar se haya iniciado a partir de la fecha de la integración del Régimen Especial de Empleados de Hogar en el Régimen General de la Seguridad Social. Esta reducción de cuotas se ampliará con una bonificación hasta llegar al 45% para familias numerosas, en los términos de las reducciones y bonificaciones que ya se viene aplicando en este Régimen Especial.

La acción protectora será del Régimen General, salvo la correspondiente al desempleo. No obstante se prevé que puedan formularse iniciativas con respecto a esta cuestión en el marco de la renovación de la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

A estos efectos, hay que indicar que por Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre (BOE 17 de noviembre), se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar. Este Real Decreto deroga expresamente el Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto y, en su disposición adicional segunda establece que en el mes siguiente a la entrada en vigor de este Real Decreto, el Ministerio de Trabajo e Inmigración procederá a la constitución de un grupo de expertos, integrado por un máximo de seis personas propuestas por el propio Ministerio y las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, para que realice un informe con anterioridad al 31 de diciembre de 2012 sobre, entre otras cuestiones, la viabilidad de establecer un sistema de protección por desempleo adaptado a las peculiaridades de la actividad del servicio del hogar familiar que garantice los principios de contributividad, solidaridad y sostenibilidad financiera.

Otras particularidades a destacar en materia de acción protectora son:

- El subsidio por incapacidad temporal, en caso de enfermedad común o accidente no laboral, se abonará a partir del noveno día de la baja en el trabajo, estando a cargo del empleador el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al octavo de la citada baja, ambos inclusive.
- El pago de subsidio por incapacidad temporal causado por los trabajadores incluidos en este sistema especial se efectuará directamente por la entidad a la que corresponda su gestión, no procediendo el pago delegado del mismo.

● Hasta el año 2018, para el cálculo de la base reguladora de las pensiones de incapacidad permanente derivadas de contingencias comunes y de jubilación causadas por los empleados de hogar respecto de los períodos cotizados en este Sistema Especial, sólo se tendrán en cuenta los períodos realmente cotizados, no resultando de aplicación lo previsto en los artículos 140.4 y 162.1.2. del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (integración de lagunas).

● Con respecto a las contingencias profesionales del Sistema especial de Empleados de Hogar, no será de aplicación el régimen de responsabilidades en orden a las prestaciones regulado en el artículo 126 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Disposición adicional cuadragésima. Adaptación del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social a la integración del Régimen Especial de la Seguridad Social de los empleados de Hogar en el Régimen General de la Seguridad Social

10

Por esta disposición se suprimen las referencias que en determinados preceptos de la Ley se hacían al Régimen Especial de Empleados de Hogar. Las referencias se efectúan, en su caso, al Sistema Especial de Empleados de Hogar.

Los preceptos afectados son:

- El apartado 2 del artículo 10.
- El apartado 1 del artículo 26.
- El apartado 2 de la disposición adicional séptima.
- El apartado 4 de la disposición adicional octava.
- El apartado 3 de la disposición adicional undécima bis.

Disposición adicional cuadragésima quinta. Tipo de cotización para trabajadores del sector agrario integrados en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos

Con vigencia desde el 2 de agosto de 2011, según establece la disposición final duodécima, esta disposición establece que para los trabajadores del Régimen Especial Agrario por cuenta propia que se integraron en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos

según Ley 18/2007, de 4 de julio, desde el año 2012 el tipo de cotización aplicable a la base de cotización elegida hasta una cuantía de 120 por ciento de la base mínima establecida para este régimen será el 18,75 por ciento.

III.- DISPOSICIONES CON VIGENCIA DESDE EL 2 DE AGOSTO DE 2011, PERO QUE REQUIEREN ALGÚN TIPO DE DESARROLLO O ACTUACIÓN PREVIA PARA SU OPERATIVIDAD

Disposición adicional segunda. Modificación en materia de convenios especiales

Esta disposición establece lo siguiente:

1. "A partir de la publicación de esta Ley, el Ministerio de Trabajo e Inmigración determinará las modalidades de convenios especiales en los que la suscripción de los mismos deberá llevarse a cabo necesariamente antes del transcurso de un determinado plazo a contar desde la fecha en que se haya causado baja en el régimen correspondiente o extinguido el derecho a las prestaciones por desempleo.
2. También se procederá a regular una nueva modalidad de Convenio especial a suscribir por los españoles que, sin haber estado previamente afiliados al sistema de la Seguridad Social, participen en el extranjero, de forma remunerada, en programas formativos o de investigación sin quedar vinculados por una relación laboral, en los términos y condiciones que reglamentariamente determine el Ministerio de Trabajo e Inmigración.
3. Asimismo, en el plazo de seis meses desde la promulgación de esa Ley, el Gobierno regulará una nueva modalidad de Convenio especial que puedan suscribir las personas con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral para la cobertura de las prestaciones por jubilación y por muerte y supervivencia."

Las previsiones de los apartados 1 y 2 de esta disposición adicional se han llevado a efecto por la Orden TIN/3356/2011, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social (BOE 6/12/2011).

Disposición adicional tercera. Seguridad Social de las personas que participan en programas de formación

Esta disposición establece que:

1. “El Gobierno, en el plazo de tres meses a partir de la publicación de la presente Ley y en base a las previsiones contenidas en el artículo 97.2.m) de la Ley General de la Seguridad Social y en los términos y condiciones que se determinen reglamentariamente, establecerá los mecanismos de inclusión en la misma de los participantes en programas de formación financiados por organismos o entidades públicos o privados que, vinculados a estudios universitarios o de formación profesional, conlleven contraprestación económica para los afectados, siempre que, en razón de la realización de dichos programas y conforme a las disposiciones en vigor, no viniesen obligados a estar de alta en el respectivo Régimen de la Seguridad Social.
2. Las personas que, en la fecha de entrada en vigor de la disposición reglamentaria referida en el apartado anterior se hubieran encontrado en la situación indicada en el mismo, podrán suscribir un Convenio especial, por una única vez, en el plazo, términos y condiciones que determine el Ministerio de Trabajo e Inmigración, que les posibilite el cómputo de cotización por los períodos de formación realizados antes de la señalada fecha, hasta un máximo de dos años”

En cumplimiento de lo previsto en dicha disposición se ha dictado el Real Decreto 1493/2011, de 24 de octubre, por el que se regulan los términos y las condiciones de inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social de las personas que participen en programas de formación, en desarrollo de lo previsto en la disposición adicional tercera de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social (BOE 27 de octubre).

Sobre el ámbito de aplicación de este Real Decreto hay que tener en cuenta que la disposición adicional primera del Real Decreto 1707/2011, de 18 de noviembre, por el que se regulan

[LOS] EMPLEADOS DE
HOGAR QUE VENÍAN
PRESTANDO SUS SERVICIOS
CON CARÁCTER PARCIAL
O DISCONTINUO A UNO
O MÁS EMPLEADORES,
QUEDARÁN EXCLUIDOS DE
DICHO SISTEMA ESPECIAL

las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios (BOE 10-12-2011), establece que los mecanismos de inclusión en la Seguridad Social contemplados en Real Decreto 1493/2011, de 24 de octubre, no serán de aplicación a los estudiantes universitarios que realicen las prácticas académicas externas a que se refiere este Real Decreto.

Disposición adicional séptima. Agencia Estatal de Administración de la Seguridad Social

Autoriza al Gobierno para la creación de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social, con la naturaleza de agencia estatal para la mejora de los servicios públicos de las previstas en la Ley 28/2006, de 18 de julio, cuyo objeto es llevar a cabo, en nombre y por cuenta del Estado, la gestión y demás actos de aplicación efectiva del sistema de la Seguridad Social, así como aquellas otras funciones que se le encomienden.

Se integrarán en la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social las siguientes Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, así como su personal y funciones.

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- El Instituto Social de la Marina, en aquellos ámbitos que se correspondan con las funciones de Seguridad Social inherentes a la gestión del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.
- La Tesorería General de la Seguridad Social.
- La Gerencia de Informática de la Seguridad Social.
- El Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social.

La constitución y entrada en funcionamiento de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social se producirá con la aprobación de su Estatuto por Real Decreto acordado en Consejo de Ministros y adoptado a propuesta conjunta de los Ministerios de Política Territorial y Administración Pública, de Economía y Hacienda y de Trabajo e Inmigración, previa negociación con las organizaciones empresariales y sindicales más representativas.

En dicho Estatuto se recogerán las especialidades contenidas en la normativa vigente de aplicación en materia de Seguridad Social.

Véase el análisis más detallado que sobre la Agencia se recoge en este mismo número de la Revista.

Disposición adicional decimocuarta. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Esta disposición fija una serie de criterios y finalidades con arreglo a los cuales el Gobierno, con la participación de los agentes sociales, debe abordar una reforma de marco normativo de aplicación a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Con posterioridad, se ha dictado un Real Decreto 1622/2011, de 14 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre (BOE 17 noviembre 2011). Pero, como ya advierte el preámbulo del Real Decreto, éste se limita a desarrollar reglamentariamente los asuntos inaplazables en coherencia con el actual marco normativo.

tarias y sociales, así como dar un tratamiento presupuestario diferenciado al Fondo de Reserva de la Seguridad Social.

Disposición adicional vigésima tercera. Actualización de los coeficientes reductores de la edad de jubilación

Establece que el Gobierno aprobará, en el plazo de un año, las normas necesarias sobre el procedimiento general de aprobación de coeficientes reductores de la edad de jubilación en los distintos sectores y ámbitos de trabajo, adecuando en su caso los porcentajes actuales de cotización.

Esta previsión ya se ha llevado a efecto mediante Real Decreto 1698/2011, de 18 de noviembre (BOE 23-11-2011), por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social.

Disposición adicional vigésima quinta. Redacción de un nuevo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social

Faculta al Gobierno para que, en un plazo de dos años, elabore un nuevo Texto Refundido en el que se integren, debidamente regularizados, aclarados y armonizados, los textos legales vigentes en materia de Seguridad Social.

En cumplimiento de dicha previsión se ha dictado la Resolución de 26 de octubre de 2011, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se autoriza la constitución de una comisión para la elaboración de un nuevo texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE 23 de noviembre de 2011).

La Resolución autoriza a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social a constituir una Comisión, presidida por el Secretario de Estado de la Seguridad Social o persona en quien delegue e integrada por funcionarios especializados en las dis-

SE INTEGRARÁN EN LA
AGENCIA ESTATAL DE LA
ADMINISTRACIÓN DE LA
SEGURIDAD SOCIAL LAS ...
ENTIDADES GESTORAS Y
SERVICIOS COMUNES DE
LA SEGURIDAD SOCIAL, ASÍ
COMO SU PERSONAL Y
FUNCIONES

Disposición adicional decimoquinta. Cotización a la Seguridad Social de los trabajadores autónomos dedicados a la venta ambulante o a domicilio

Establece esta disposición que respecto a los trabajadores por cuenta propia dedicados a la venta ambulante o a domicilio, se establecerá una base mínima de cotización al Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos inferior a la fijada anualmente con carácter general para dicho régimen, en los términos y condiciones que determine la Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio.

Disposición adicional vigésima segunda. Información presupuestaria de la Seguridad Social

Encomienda esta disposición adicional al Gobierno, la realización de las actuaciones necesarias para mejorar el tratamiento presupuestario de los recursos de la Seguridad Social que favorezcan su control parlamentario. En concreto, en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2013 se incluirá una subdivisión a la actual Sección 60 (Seguridad Social) para separar las pensiones y las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social de las prestaciones sani-

tintas parcelas del Derecho de la seguridad Social, con la finalidad de elaborar un nuevo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

La Comisión habrá de constituirse en el plazo máximo de seis meses siguientes a la fecha de la publicación en el “Boletín Oficial del Estado,” de la resolución y deberá de concluir los trabajos de elaboración de un nuevo Texto Refundido en el plazo de los doce meses siguientes a su constitución.

EL GOBIERNO ARTICULARÁ LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA LLEVAR A CABO LA RECUPERACIÓN DEL PODER ADQUISITIVO PERDIDO [DE LAS PENSIONES]

Disposición adicional trigésima segunda. Compensación por la suspensión de la revalorización de las pensiones

Encomienda al Gobierno a que, en el plazo de un año, presente un informe sobre el mantenimiento del poder adquisitivo de las pensiones en los últimos cinco años. Teniendo en cuenta el mismo y, con arreglo a las posibilidades económicas del sistema, el Gobierno articulará las medidas necesarias para llevar a cabo la recuperación del poder adquisitivo perdido.

Disposición adicional trigésima quinta. Sacerdotes y religiosos secularizados

Dispone esta disposición que el Gobierno modificará el Real Decreto 1335/2005, de 11 de noviembre, a fin de que los titulares de pensiones que se tramiten al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 487/1998, de 27 de marzo, tengan derecho a percibir, al menos, el importe equivalente al 99 por 100 de la cuantía mínima fijada para la clase de pensión de que se trate, vigente en cada momento, conforme a la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado.

Disposición adicional trigésima séptima. Compatibilidad entre pensión de jubilación y trabajo

Esta disposición encomienda al Gobierno la presentación de un proyecto de ley que regule la compatibilidad entre pensión y trabajo, garantizando el relevo generacional y la prolongación de la vida laboral, así

como el tratamiento en condiciones de igualdad de las diferentes actividades. Mientras no se produzca esta regulación, se mantendrá el criterio que se venía aplicando con anterioridad a la entrada en vigor de la Orden TIN/1362/2011, de 23 de mayo, sobre régimen de incompatibilidad de la percepción de la pensión de jubilación del sistema de la Seguridad Social con la actividad desarrollada por cuenta propia por los profesionales colegiados.

Disposición adicional cuadragésima segunda. Cotizaciones efectuadas por personal saharauí de empresas españolas, antes de la retirada del Sahara Occidental

Se mandata al Gobierno para que en el plazo de dos meses, presente a la Comisión de Trabajo e Inmigración un informe que recoja una relación de las personas saharauíes que trabajaban en las empresas españolas el 26 de febrero de 1976, momento en el que España se retiró del Sahara Occidental.

Disposición final sexta. Disposiciones de aplicación y desarrollo

El número 2 de esta disposición establece que el Gobierno, por medio del Real Decreto, podrá modificar la redacción que la disposición adicional decimoctava da al artículo 3 del Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 161 bis de la Ley General de la Seguridad Social en cuanto a la anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado igual o superior al 45 por 100.

IV.- PENSIÓN DE JUBILACIÓN

Modificaciones más importantes llevadas a efecto por la Ley:

Edad.- Se mantiene el acceso a la pensión de jubilación a los 65 años para quienes hayan cotizado 38 años y seis meses y se fija en 67 años la edad de jubilación para quienes no alcancen dicho período de cotización, con el mínimo de 15 años.

Esta nueva edad de 67 años se aplicará progresivamente hasta el año 2027.

Base reguladora.- El período de cálculo de la base reguladora pasa de 15 a 25 años. También se prevé la aplicación progresiva hasta el año 2022.

Porcentaje.- El porcentaje aplicable a la base reguladora se fija en el 50% con 15 años cotizados hasta el 100% con 37 años cotizados.

Jubilación anticipada.- Con independencia de la jubilación a los 60 años, con coeficiente reductor, mantenida en virtud de derecho transitorio, se prevén dos modalidades de jubilación anticipada con coeficientes reductores, una a partir de los 61 años, con 33 años de cotización, derivada del cese en el trabajo por causa no imputable al trabajador, como consecuencia de una situación de crisis o cierre de la empresa, y otra voluntaria a partir de los 63 años de edad y 33 años de cotización.

Jubilación especial a los 64 años.- El Real Decreto 1194/1985, de 17 de julio, que la regula queda derogado expresamente por la Ley.

Mantenimiento de la regulación anterior:

El número 2 de la disposición final duodécima, en relación con el mantenimiento de la regulación de la pensión de jubilación, dispone que se seguirá aplicando la regulación de la pensión de jubilación, en sus diferentes modalidades, requisitos de acceso y condiciones y reglas de determinación de prestaciones vigentes antes de la entrada en vigor de esta Ley, a:

a) Las personas cuya relación laboral se haya extinguido antes de la publicación de la presente Ley.

ESTA NUEVA EDAD
DE [JUBILACIÓN
A LOS 67 AÑOS]
SE APLICARÁ
PROGRESIVAMENTE HASTA
EL AÑO 2027

b) Las personas con relación laboral suspendida o extinguida como consecuencia de decisiones adoptadas en expedientes de regulación de empleo, o por medio de convenios colectivos de cualquier ámbito y/o acuerdos colectivos de

empresas, así como por decisiones adoptadas en procedimientos concursales, aprobados o suscritos con anterioridad a la fecha de publicación de la presente Ley, con independencia de que la extinción de la relación laboral se haya producido con anterioridad o posterioridad al 1 de enero de 2013.

c) Quienes hayan accedido a la pensión de jubilación parcial con anterioridad a la fecha de publicación de la presente Ley, así como las personas incorporadas antes de la fecha de publicación de esta Ley a planes de jubilación parcial, recogidos en convenios colectivos de cualquier ámbito o acuerdos colectivos de empresas, con independencia de que el acceso a la jubilación parcial se haya producido con anterioridad o posterioridad al 1 de enero de 2013. ●

LA AGENCIA ESTATAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA SU CREACIÓN
POR LA DISPOSICIÓN ADICIONAL SÉPTIMA DE LA LEY 27/2011, DE 1 DE AGOSTO,
SOBRE ACTUALIZACIÓN, ADECUACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

Carlos Manuel ABAD RUIZ

Secretario de la Asociación del Cuerpo Superior de Técnicos de
la Administración de la Seguridad Social

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años los funcionarios de la seguridad social hemos esperado y propugnado su creación con la esperanza de poder contar con una organización sólida que brindara eficacia y eficiencia a la gestión del sistema de la seguridad social y que contribuyera a la cohesión social de nuestro Estado, dificultando los intentos de fraccionamiento del sistema por razones coyunturales o competenciales, por parte de otros Ministerios y de las Comunidades Autónomas, como ya se puso de manifiesto en el conflicto positivo de competencia promovido por el Consejo Ejecutivo de la Generalitat de Cataluña en relación con determinados preceptos del Real Decreto 1314/1984, de 20 de junio, por el que se regulaba la estructura y competencias de la Tesorería General de la Seguridad Social. Fallando el tribunal Constitucional en su Sentencia 124/1989, de 7 de julio, que era competencia exclusiva del Estado, ejercida a través de la Tesorería General de la Seguridad Social, la gestión de los recursos económicos y la administración financiera del sistema, en aplicación de los principios de solidaridad financiera y caja única, así como otros principios básicos que consagran el sistema público de protección social como los de unidad, solidaridad e igualdad y no discriminación, todo ello articulado en la contributividad, proporcionalidad y equidad que debe presidir todas sus actuaciones y la gestión de la mismas. Los

fundamentos jurídicos se basan en los artículos 41, 149.1. 17 y 14 entre otros de la Constitución.

Por otra parte los funcionarios de la seguridad social esperábamos y planteábamos que la Agencia respondiera a nuestras expectativas de mejora en la carrera administrativa y en las retribuciones.

Los primeros borradores se elaboraron a finales de 1994 y primeros de 1995 y los estudios comparativos sobre el modelo se efectuaron con la Agencia Tributaria, al no existir ninguna norma que regulara la organización de las Agencias, que no tuvo lugar hasta la

aprobación de la ley 28/2006, de 18 de julio de Agencias Estatales, que coincidía en parte por su gestión recaudatoria con la Tesorería General de la Seguridad Social. Evidentemente y desde el punto de vista estructural la diferencia en número de Altos Cargos y subdirecciones generales era abismal a favor de la

LOS FUNCIONARIOS
DE LA SEGURIDAD
SOCIAL ESPERÁBAMOS Y
PLANTEÁBAMOS QUE LA
AGENCIA RESPONDIERA A
NUESTRAS EXPECTATIVAS
DE MEJORA EN LA CARRERA
ADMINISTRATIVA Y EN LAS
RETRIBUCIONES

Agencia Tributaria, por lo que consideramos que en cualquier caso nos podía beneficiar su creación tanto en su aspecto estructural como de carrera administrativa.

Han pasado muchos años y las circunstancias también han cambiado considerablemente, por lo que nos debemos plantear si es conveniente la creación de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social en los términos que se autoriza en la disposición adicional séptima de la Ley 27/2011, de 1 de Agosto, sobre Actualización, Adecuación y Modernización del Sistema de Seguridad Social y en el marco de la Ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos.

Me voy a centrar en los aspectos organizativos, estructurales y de gestión en general y en particular de los recursos humanos, para dar respuesta a la pregunta de si es conveniente su creación en los términos autorizados.

LA LEY DE AGENCIAS ESTATALES

16

La ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos, a cuyo amparo se autoriza la creación de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social manifiesta que incorpora a la Administración General del Estado una formula organizativa dotada de un mayor nivel de autonomía y de flexibilidad en la gestión, pero que, al mismo tiempo refuerce los mecanismos de control de eficacia y promueva una cultura de responsabilización por resultados, también recoge que su creación comporte la prestación de servicios con alto nivel de calidad, con una cultura de gestión acorde a dicha finalidad y que sea fácilmente visualizable por los ciudadanos, enunciados que no son ajenos a la cultura organizacional de las Entidades y Servicios Comunes de la Seguridad Social y en muchos casos práctica habitual ampliamente contrastable a lo largo de su historia.

NOS DEBEMOS PLANTEAR
SI ES CONVENIENTE
LA CREACIÓN DE LA
AGENCIA ESTATAL DE LA
ADMINISTRACIÓN DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN
LOS TÉRMINOS... DE LA
LEY 27/2011, DE 1 DE
AGOSTO... Y EN EL MARCO
DE LA LEY 28/2006, DE 18
DE JULIO

Por otra parte se establece en la misma que para su creación se requiere una previa autorización por Ley que determine el objeto de la Agencia que se pretenda crear y produciéndose mediante Real Decreto del Consejo de Ministros.

En los aspectos relacionados con la organización destaca los máximos órganos de gobierno- Consejo Rector y Presidente-, y ejecutivos-Director-dejando los restantes al Estatuto, se resalta la importancia que se quiere dar a los mecanismos de control mediante una Comisión de Control como órgano especializado del Consejo Rector para asegurar el correcto desarrollo de las funciones de la Agencia y la consecución de los objetivos que tenga asignados.

Pieza fundamental es el Contrato de Gestión como instrumento para fijar los compromisos que asume la Agencia en la consecución de sus objetivos y los planes estratégicos necesarios para ello, los niveles de calidad de los servicios prestados, los medios humanos, materiales y financieros que precisa y los efectos asociados al grado de cumplimiento de los objetivos y la consiguiente exigencia de responsabilidad al equipo directivo de la Agencia.

También se contempla sus aspectos relacionados con la contratación y el patrimonio, régimen de personal y medios económico-financieros. En materia de personal es de destacar el mantenimiento del modelo general de función pública, pero con mayores niveles de autonomía que se deberán plasmar y negociar en el Contrato de Gestión; es de reseñar que se establece la inclusión en los estatutos de la categoría de personal directivo de la Agencia.

LA AUTORIZACIÓN

La disposición adicional séptima de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, establece:

1.- Que se autoriza al Gobierno para la creación de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social de acuerdo con la naturaleza y previsiones de la Ley 28/ 2006, de 18 de julio, con el objeto de llevar a cabo, en nombre y por cuenta del Estado, la gestión y demás actos de aplicación efectiva del sistema de la Seguridad Social.

2.- Que se integrarán en la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social las siguientes Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, así como su personal y funciones:

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- El Instituto Social de la Marina.
- La Tesorería General de la Seguridad Social.
- La Gerencia de Informática de la Seguridad Social.
- El Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social.

3.- La Agencia asumirá las funciones necesarias para que el sistema de la Seguridad Social se aplique, con el alcance y en las condiciones establecidas en la Ley General de la Seguridad Social, sus normas de aplicación y desarrollo y demás disposiciones complementarias, a todas las personas incluidas en su campo de aplicación.

PROPUGNO QUE TAMBIÉN SE DEBERÍAN INTEGRAR EN LA FUTURA AGENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

- LA MUTUALIDAD DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO (MUFACE)...
- LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL
- EL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

4.- Deja fuera de las competencias de la Agencia las prestaciones y subsidios por desempleo, los servicios sociales del sistema de la Seguridad Social y la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

5.- Que la participación en el control y vigilancia de la gestión se llevaría a cabo por el Consejo general, por la Comisión Delegada del Consejo General y por las Comisiones Provinciales.

6.- Que la constitución y entrada en funcionamiento se producirá por la aprobación de su Estatuto mediante Real Decreto a propuesta conjunta de los Ministerios competentes en materia de Seguridad Social, Hacienda y Función Pública, previa negociación con las organizaciones empresariales y sindicales más representativas.

7.- El régimen de dirección y gestión contable y control interno, cuyas funciones serán ejercidas a través de la Intervención General de la Seguridad Social.

8.- Que no será de aplicación respecto de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de Funciona-

rios Civiles del Estado, Fuerzas Armadas y Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia, los cuales serán gestionados por los órganos y entidades correspondientes conforme a lo establecido en las normas específicas que los regulan.

9.- La autorización deja a salvo las competencias que correspondan a las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social.

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE DISCREPANCIA

Con respecto a lo establecido en el punto 4 de la Disposición Adicional séptima, que deja fuera de las competencias de la Agencia las prestaciones y subsidios por desempleo, los servicios sociales del sistema de la Seguridad Social y la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la Asociación de Técnicos de la Administración de la Seguridad Social se opuso a ello presentando a todos los grupos parlamentarios una propuesta de enmienda al proyecto de ley que finalmente fue aprobado en los términos expuestos.

Se planteó que estando de acuerdo con la creación de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social no se entendía por qué quedaban fuera otras Entidades Gestoras y se argumentaba que el proyecto de Ley no modificaba en nada la acción protectora prevista en la Ley General de la Seguridad Social (artículo 38) en esas materias.

Consecuentemente se deberían integrar también en la futura Agencia:

- El Servicio Público de Empleo Estatal.
- El Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Naturalmente solo afectaría a las competencias no transferidas o de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas.

Teniendo en cuenta que las funciones de estas Entidades Gestoras y Organismo Autónomo, están recogidas en la misma Ley General de la Seguridad Social que las Entidades Gestoras y Servicios comunes, si autorizados para su integración en la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social, recogidas en los artículos 38, 57 y 226 entre otros.

Por otra parte la citada disposición adicional séptima establece en su punto 8, que no será de aplicación

respecto de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de Funcionarios Civiles del Estado, Fuerzas Armadas y Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia, los cuales serán gestionados por los órganos y entidades correspondientes conforme a lo establecido en las normas específicas que los regulan.

Frente a ello propugno que también se deberían integrar en la futura Agencia de la Seguridad Social:

- La Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), así como la parte de la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas, que gestionan las pensiones.
- La Mutualidad General Judicial.
- El Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

Debe tenerse en cuenta otros procesos de integración no solo en el régimen aplicable sino también en la organización y gestión, como fue el caso de la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local, que se llevó a cabo en 1994.

Por otra parte debe citarse como norma concluyente, en cuanto al régimen jurídico aplicable, el Real Decreto-Ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo, donde se establece en su artículo 20, la "Inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social de los funcionarios públicos y de otro personal de nuevo ingreso a partir del 1 de enero de 2011," por lo que no tendría sentido que el legislador considerara su integración jurídica y no organizativa.

Así se podría considerar que se eliminarían las diferencias y desigualdades entre regímenes de previsión social publica, por lo menos e inicialmente, sin perjuicio de mantener transitoriamente sus especificidades, en cuanto a su gestión y nos aproximáramos al mandato constitucional recogido en el Artículo 41 de la Constitución Española, de "mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos," además del importante ahorro

que supondría por la eliminación de tanta estructura y por la racionalización, optimización y unificación de la gestión horizontal.

OTROS ASPECTOS A NEGOCIAR PARA SU INCLUSIÓN EN EL ESTATUTO

En la elaboración del Estatuto de la Agencia habría que contemplar la creación del Instituto de Estudios de Protección Social en el seno de la misma, que diera respuesta a las necesidades de formación, en especial en las materias de seguridad social, tanto a los funcionarios de nuevo ingreso de los distintos cuerpos de la seguridad social, como a los funcionarios en activo, pero también abierta a otros colectivos y a la colaboración con la Universidad. Debería ser un instrumento de estudio y colaboración internacional en especial con los países iberoamericanos. En el mismo se podrían integrar la Escuela de Inspectores de Trabajo y Seguridad Social y la OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social).

También sería necesario que se negociara el mantener el mismo número de altos cargos y personal directivo con el que cuentan actualmente las Entidades Gestoras, para no perder estructura y posibilidades de carrera administrativa.

Posteriormente y en las negociaciones del Contrato de Gestión además de los objetivos y de las responsabilidades por su incumplimiento o compensaciones por su cumplimiento, se debería conseguir la reserva de puesto de trabajo para los cuerpos de la Seguridad Social tal y como tiene establecido en sus relaciones de puestos de trabajo la Agencia Tributaria.

CONCLUSIONES

Si todo esto se pudiera conseguir naturalmente que resultara un gran logro la creación de la Agencia Estatal de la Administración de la Seguridad Social, que redundaría en una gestión más eficaz y eficiente en beneficio de los ciudadanos y un gran reto profesional para los funcionarios de cuerpos de la Administración de la Seguridad Social.

Se debe tener muy en cuenta la necesidad de fortalecer y unificar la gestión de todo el sistema público de protección social estableciendo un blindaje adecuado, por ser uno de los pocos instrumentos de cohesión social e integración de todos los ciudadanos del Esta-

EN LA ELABORACIÓN DEL
ESTATUTO DE LA AGENCIA
HABRÍA QUE CONTEMPLAR
LA CREACIÓN DEL
INSTITUTO DE ESTUDIOS
DE PROTECCIÓN SOCIAL,
QUE DIERA RESPUESTA
A LAS NECESIDADES DE
FORMACIÓN

do Español sin diferenciación alguna por razón de territorio y evitar más afanes de competencias por razones políticas o de diferenciación territorial.

Para ello es necesario actuar conjuntamente, desde una perspectiva profesional, todos los funcionarios de la seguridad social a través de sus asociaciones de cuerpos o sindicatos para conseguir la modificación de la disposición adicional séptima de la Ley 27/ 2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, ya que es necesaria una Agencia adecuada, en los términos expuestos, que de respuesta a las necesidades de ges-

SE DEBERÍA CONSEGUIR
LA RESERVA DE PUESTO
DE TRABAJO PARA LOS
CUERPOS DE LA SEGURIDAD
SOCIAL TAL Y COMO TIENE
ESTABLECIDO EN SUS
RELACIONES DE PUESTOS
DE TRABAJO LA AGENCIA
TRIBUTARIA

tión que demandan los ciudadanos, pero no a cualquier precio, ya que en caso contrario convendría mantener la actual estructura y negociar la Agencia que realmente nos merecemos todos y que la sociedad española necesita. ●

UNA OMISIÓN DE LA LEY 27/2011, DE 1 DE AGOSTO: LA NECESARIA MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 137 DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Manuel AZNAR LÓPEZ

Cuerpo Superior de Técnicos de la Seguridad Social.
Académico Correspondiente de la Real Academia de
Jurisprudencia y Legislación

20

1. INTRODUCCIÓN

He tenido siempre por inconcuso que en un moderno sistema de Seguridad Social debe delimitarse la noción de la incapacidad permanente mediante la aplicación del criterio socioeconómico, a través del cual se atiende a la disminución de la capacidad de ganancia, definida como la posibilidad concreta de lograr una renta del trabajo mediante el ejercicio continuado de una actividad adecuada¹. Sin embargo, y salvo en el caso de la denominada “incapacidad permanente total cualificada”, el criterio socio-económico no ha entrado prácticamente en juego, a lo largo de la trayectoria histórica de la Seguridad Social española, para definir la invalidez protegida. Tan sólo el Decreto de 18 de abril

de 1947, que reguló el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), pretendió dar entrada al citado criterio, al considerar invalidez protegible la que produjera la pérdida de la actividad que imposibilitara al trabajador ganar en un trabajo adecuado a sus fuerzas, a su capacidad, a su instrucción y a la profesión ejercida, un tercio al menos de lo que ganara habitualmente un asalariado de la misma categoría, sano física y mentalmente, de instrucción análoga, en la misma localidad². No obstante, esta configuración de la invalidez careció de aplicación práctica, al establecerse con carácter transitorio un sistema protector en el que se delimitaba la invalidez protegida conforme al criterio profesional de la disminución de la capacidad específica de trabajo, si bien conectada con la disminución de la capacidad de ganancia³, al exigirse que los ingresos fueran infe-

¹ Es ésta una definición elaborada por la doctrina italiana (cfr. C. PUCCINI: “Sistematica dottrinale della invalidità” en *Invalidità pensionabile. Problemi medico-legali*. Università degli Studi di Ferrara, 1968, pág. 13).

² Considera al respecto J. M. ÁLVAREZ DE LA ROSA que esta definición era de aceptable rigor técnico y podía crear un ámbito de cobertura digno y suficiente, pero cayó en un terreno poco abonado y de nula tradición (*Invalidez permanente y Seguridad Social*. Madrid, Civitas, 1982, pág. 128).

³ Sobre las nociones de invalidez recogidas en la normativa reguladora del SOVI, ver E. BORRAJO DACRUZ: *Estudios jurídicos de Previsión Social*. Madrid, Aguilar, 1962, págs. 149-163.

riores a la tercera parte de los que se obtendría en la profesión habitual, parámetro que fue reputado erróneo, ya que lo correcto no hubiera sido comparar la capacidad de ganancia del interesado antes y después de evaluar la incapacidad, sino realizar la comparación con la capacidad de ganancia de un trabajador sano y de similares condiciones⁴.

Si acaso, al supuesto anterior podría añadirse el relativo a la incapacidad permanente parcial desde el 1 de enero de 1967, fecha inicial de efectos del Régimen General de la Seguridad Social, hasta la entrada en vigor de la Ley 24/1972, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social, por cuanto el Decreto 907/1966, de 21 de abril, que aprobó el texto articulado I de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social, definió la citada incapacidad, cuando se derivara de riesgos comunes, con relación a la disminución de la capacidad de ganancia⁵, definición que estuvo en vigor hasta su modificación por la citada Ley 24/1972, de 21 de junio, que al unificar aquélla, haciendo abstracción de la causa profesional o común, optó por el criterio de la disminución de la capacidad específica de trabajo. No obstante, ha de repararse en que el Decreto 907/1963, de 21 de abril, pese a relacionar la incapacidad permanente parcial con la disminución de la capacidad de ganancia conectaba, a su vez, ésta con la profesión habitual, con lo que, en definitiva, reconducía la valoración al criterio profesional.

Es notorio, por lo demás, que aparte del criterio aplicado a la incapacidad permanente total cualificada, la configuración de la incapacidad permanente se ha venido realizando en el sistema español de Seguridad Social por aplicación de una pluralidad de criterios: profesional, para definir las incapacidades parcial y total para la profesión habitual; laboral, de disminución de la capacidad genérica de trabajo, para delimitar el grado de incapacidad absoluta; vital, para configurar la gran invalidez.

Así las cosas, el Acuerdo sobre Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, firmado el 9 de octubre de 1996 por el Gobierno de la Nación y las Organizaciones Sindicales más representativas, contempló, entre otras medidas, que el reconocimien-

EL CRITERIO SEGUIDO PARA LA DELIMITACIÓN DE LA INCAPACIDAD PROTEGIBLE EN EL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO FUE OBJETO DE CRÍTICAS DOCTRINALES SUMAMENTE ADVERSAS

to de las pensiones de incapacidad permanente en sus distintos grados se efectuaría conforme a una lista, aprobada por vía reglamentaria, en la que se fijaría la graduación correspondiente. Se añadía que el reconocimiento y el mantenimiento de las pensiones de incapacidad per-

manente deberían ser coherentes con su finalidad de compensar la pérdida de rentas de trabajo por la incapacidad sobrevenida⁶.

Este acuerdo se tradujo, en el plano legislativo, en la Ley 24/1997, de 15 de julio, que, entre otros extremos, además de suprimir la conexión de las incapacidades parcial y total con la profesión habitual y de la incapacidad absoluta con la capacidad genérica de trabajo, determinó que la calificación de la incapacidad en sus distintos grados se llevaría a cabo en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que se estableciera por vía reglamentaria, a cuyo efecto debería tenerse en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión ejercida o del grupo profesional en el que aquélla estuviese encuadrada. La valoración se realizaría conforme a la lista de lesiones que aprobara el Gobierno. No obstante, según la disposición transitoria quinta bis, la entrada en vigor de la modificación establecida quedaba diferida hasta la aprobación de las correspondientes normas reglamentarias, aplicándose en el ínterin la legislación anterior.

La finalidad de la modificación, según expresaba la memoria explicativa del Anteproyecto de Ley, radicaba en la pretensión de lograr una mayor seguridad jurídica y conseguir una mayor objetivación en la calificación de la incapacidad permanente. Se trataba de una finalidad ciertamente loable, si no fuera porque, como seguidamente se verá, es de muy difícil -por no decir de imposible- plasmación práctica.

⁴ Cfr. J. M. ÁLVAREZ DE LA ROSA: *Ob. cit.*, pág. 126.

⁵ Por el contrario, la incapacidad permanente parcial derivada de riesgos profesionales era definida con relación a la disminución del rendimiento normal para la profesión habitual.

⁶ **Acuerdo sobre consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social.** Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, págs. 31-32.

2. CRITERIOS PARA DEFINIR LA INCAPACIDAD PROTEGIBLE

No obstante, como primera providencia, conviene recordar someramente los diversos criterios a los que es posible acudir para definir la incapacidad protegible. Así, puede aplicarse un criterio físico, que haría referencia a la disminución de la capacidad física o psíquica originada por la pérdida o la disminución de un órgano o de una función, tomándose en consideración únicamente el menoscabo de la integridad corporal, sin tener en cuenta las repercusiones profesionales o económicas. Este criterio llevaría a baremar las lesiones, con un alcance bien indicativo, bien imperativo⁷.

También puede acudirse a un criterio profesional, según el cual la incapacidad se valoraría tomando como referencia la profesión a la que se dedicaba habitualmente el interesado⁸, evaluándose así la incapacidad específica de trabajo.

LA REFORMA INTRODUCIDA POR LA LEY DE MATOS, DE 1922, PRETENDIÓ EVITAR LA CONTRADICCIÓN ENTRE LEY Y REGLAMENTO DE INCAPACIDADES

Por su parte, el criterio laboral –también denominado “general”– atendería a la incapacidad laboral valorada con relación al mercado general de trabajo⁹, con lo que evaluaría la disminución de la capacidad genérica de trabajo.

Por fin, el criterio socioeconómico, más allá de la disminución de la capacidad laboral, se referiría a las consecuencias económicas de dicha disminución, empleando para ello una noción intermedia entre la capacidad específica y la capacidad genérica de trabajo, como es el empleo o actividad adecuada, consis-

tente en el conjunto de actividades que pueden desarrollarse si se atiende a la capacidad residual y al grado de especialización del interesado.

3. LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD DERIVADA DE RIESGOS PROFESIONALES

La primera Ley de Accidentes de Trabajo, de 30 de enero de 1900, parecía seguir el criterio de la disminución de la capacidad de trabajo, ya sea genérica, ya específica, distinguiendo al efecto tres grados de incapacidad: absoluta, total y parcial. A este respecto, si bien en los Antecedentes de la Ley se señalaba que “se ha procurado distinguir en él (en el Proyecto) los casos de incapacidad, absoluta y parcial”; el artículo 4 de la Ley, aunque con notoria imperfección técnica, daba también entrada a lo que hoy se conoce por incapacidad permanente total, al desdoblar, dentro de la absoluta, la relativa a “todo trabajo” y la que “se refiera a la profesión habitual y no impida al obrero dedicarse a otro género de trabajo”¹⁰.

Así las cosas, el Reglamento de la Ley, de 28 de julio de 1900, determinó, en su artículo 24, que “el Gobierno, en vista de la experiencia resultante de las aplicaciones de la ley, podrá acordar que se haga un estudio minucioso para redactar un cuadro o reglamento de incapacidades para el trabajo”¹¹. Ello desembocó en el reglamento para la declaración de incapacidades por causa de accidentes de trabajo (Real Decreto de 8 de julio de 1903), donde el criterio, legalmente previsto, de la disminución o pérdida de la capacidad de trabajo quedaría totalmente desvirtuado, al acudirse a un criterio meramente físico¹². Por tanto, el articulado confirmaba la total inexactitud de la aseveración recogida en el preámbulo, según la cual se respetaban “los vigentes preceptos legislativos”. De este modo, se enu-

⁷ *Securité Sociale et invalidité. Perspectives actuelles de la recherche*. Genève, Association Internationale de la Securité Sociale, 1981, pág. 142.

⁸ *Securité Sociale et invalidité...*, cit., pág. 143.

⁹ *Ibid.*, pág. 143.

¹⁰ Esta consideración de la incapacidad permanente total como una subdivisión de la incapacidad permanente absoluta fue objeto de críticas, la resaltarse la “escasa propiedad de la palabra absoluta aplicada a la incapacidad que solamente se refiera a la profesión habitual” (ver H. GONZÁLEZ REBOLLAR: *Ley de Accidentes de Trabajo*. Salamanca, Imprenta de Colón, 1903, pág. 361).

¹¹ Añadía que, mientras tanto, se considerarían como incapacidades absolutas las que impidieran todo género de trabajo y como incapacidades parciales las que impidieran el trabajo al que se dedicaba el trabajador, pero no otro, con lo que contemplaba tan sólo dos grados de incapacidad.

¹² Han señalado en este sentido L.E. DE LA VILLA y A. DESDENTADO BONETE que “el criterio inicial de valorar en cada caso la aptitud residual de los incapacitados pronto se modificaría por el Reglamento de incapacidades (D. 8-7-1903), aceptando por el contrario el criterio del ‘estado físico’ de los incapacitados” (*Manual de Seguridad Social*. Pamplona, Aranzadi, 1977, pág. 120).

meraban en el Reglamento las lesiones que se consideraban como incapacidades absolutas y como incapacidades parciales. Por su parte, la incapacidad permanente total, que, como se ha señalado, se configuraba en la Ley de 30 de enero de 1900 junto a la absoluta, seguía en el Reglamento de Incapacidades un movimiento pendular, para acabar estrechamente ligada con la parcial, al considerarse como totales las mismas lesiones que daban lugar a ésta, cualificadas por la concurrencia de otras lesiones, por la edad y por razón de sexo. Para dar efectividad a todo ello, el Reglamento recogía un cuadro, en el que se contemplaban dos conceptualizaciones: definido, lo que significaba que la lesión era declaratoria de incapacidad; y valorado, lo que indicaba que la lesión podía servir de cómputo en el cálculo para la declaración de incapacidades absolutas¹³.

La Ley reformada de Accidentes de Trabajo de 10 de enero de 1922 y su Reglamento, que fue aprobado por Real Decreto de 29 de diciembre de 1922, pretendieron resolver la confusión originada por las contradicciones que existían en los textos legales y reglamentarios respecto de los grados de incapacidad, distinguiendo al efecto, con una técnica más depurada, las incapacidades absoluta, total y parcial. Sin embargo, el Reglamento volvía a desmentir el criterio de la disminución de la capacidad de trabajo, para reiterar el sistema de lesiones listadas, que, conforme al criterio físico, daban lugar per se a uno o a otro grado de incapacidad¹⁴. La enumeración, no obstante, era abierta en cuanto a las incapacidades absoluta y total, ya que a las lesiones listadas se añadían “todas las lesiones similares que produzcan la misma incapacidad”. La norma reglamentaria incluía, además, un cuadro para la valoración de las lesiones de menor importancia a dos efectos: De un lado, para cambiar el grado de incapacidad al inmediatamente superior si coexistieran con las incapacidades definidas, lo que sucedería cuando aquéllas sumasen al menos un 50 por 100; de otro, para dar lugar al reconocimiento del grado de incapacidad parcial, si concurrían únicamente lesiones incluidas en el cuadro de valoraciones y las mismas sumasen al menos un 50 por 100. En uno u otro caso,

“EL SISTEMA DE CALIFICAR LA INCAPACIDAD SOLO POR EL HECHO DE LA LESIÓN ES DE UNA RIGIDEZ INCOMPATIBLE CON LA FINALIDAD DE LA LEY DE ACCIDENTES, QUE ES REPARAR EL PERJUICIO EN LA MEDIDA EN QUE SE SUFRE”

aquella con relación a la incapacidad profesional, de modo que podría dar lugar a una incapacidad total para la profesión habitual.

El Código del Trabajo, aprobado por Real Decreto-Ley de 23 de agosto de 1926, recogió los tres grados de incapacidad y reprodujo las reglas de valoración que figuraban en la Ley de 19 de enero de 1922 y en su Reglamento¹⁵. El texto refundido de la Ley de Accidentes de Trabajo (Decreto de 8 de octubre de 1932) y su Reglamento de 31 de enero de 1933 reiteraban las definiciones de las distintas incapacidades y volvían a enumerar las lesiones que darían lugar a cada una de ellas, para lo cual estas disposiciones se inspiraban en las recogidas anteriormente, con algunas matizaciones y adiciones, entre ellas el carácter abierto de las lesiones darían lugar a la incapacidad parcial, al aludirse a “las lesiones que se consideren capaces de producir la misma incapacidad para el trabajo habitual”¹⁶. Por su parte, el cuadro de valoraciones incluido en el Reglamento de 29 de diciembre de 1922 y en el Código del Trabajo no experimentaba modificaciones. En cambio, era novedad la configuración de la gran invalidez, si bien no se conceptualizaba como un grado de incapacidad. La gran invalidez era delimitada adicionando al criterio laboral, puesto que el trabajador debía probar que estaba incapacitado para el trabajo, otro criterio extralaboral de carácter vital, al exigirse que no pudiera realizar por sí mismo los actos más necesarios para

bastaba que la suma fuera del 40 por 100, si tratara de mujeres, con independencia de su edad, o de varones mayores de sesenta años. De otra parte, señalaba que la inclusión de una lesión entre las que daban lugar a una incapacidad parcial no obstaría a la apreciación de

¹³ Sistema de listado “de difícil comprensión”, según señala A. TAPIA HERMIDA: “La invalidez permanente”, en **Estudios Financieros. Revista de Trabajo y Seguridad Social** n° 95, 1990, pág. 156.

¹⁴ Aunque este criterio venía ya previsto en la Ley, puesto que su artículo 4° señalaba que el Reglamento determinaría las lesiones que deberían considerarse como incapacidades absolutas y como incapacidades parciales, así como los casos de concurrencia de lesiones.

¹⁵ No obstante, el Código operó una elevación de rango del cuadro de valoraciones, al incluirlo entre las disposiciones fundamentales -y no entre las reglamentarias- en materia de accidentes de trabajo.

¹⁶ Además, por Decreto de 25 de agosto de 1931 se aprobaría el Reglamento para la aplicación de la Ley de Accidentes del Trabajo a la agricultura, donde se reproducían en esta materia los preceptos del Reglamento de 29-12-1922, si bien se matizaba que la conceptualización de las lesiones como causantes de incapacidad parcial se reservaba para los casos en que aquéllas no produjeran por sí solas una incapacidad profesional.

la vida, complementado con una referencia de carácter abierto al criterio físico ("pérdida anatómica o funcional de las dos extremidades superiores y casos análogos").

El texto refundido aprobado por Decreto de 22 de junio de 1956 y su Reglamento no aportaron novedades a las lesiones listadas, que daban lugar a cada grado de incapacidad, salvo la eliminación de la referencia, en cada una de las listas, a las similares que produjeran la misma incapacidad¹⁷, además de la adición de una referencia a las hernias en la relación de lesiones que daban lugar a la incapacidad total. Por su parte, la gran invalidez no era considerada como un grado de invalidez, sino como una incapacidad permanente absoluta cualificada¹⁸.

4. LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD DERIVADA DE RIESGOS COMUNES

El criterio físico ha tenido asimismo reflejo en el ámbito de la cobertura de la invalidez derivada de riesgos comunes. Así, en el marco del régimen transitorio previsto en el régimen del Retiro Obrero Obligatorio eran considerados como casos de invalidez las mismas lesiones, aparte de alguna adición, que el Reglamento para la declaración de incapacidades por causa de accidentes de trabajo de 8 de julio de 1903 listaba como lesiones que darían lugar a la declaración de una incapacidad permanente absoluta.

Más tarde, al establecerse el subsidio de vejez (1939-1940), se determinó que podían acceder al mismo los mayores de sesenta años que padecieran una invalidez laboral producida por causas independientes de los accidentes de trabajo, considerando como invalidez la que produjera una incapacidad permanente total para la profesión habitual.

Por su parte, en el nuevo régimen transitorio de protección a la invalidez¹⁹, que estableció, en el marco del SOVI, el Decreto de 18 de abril de 1947 y desarrolló la Orden de 18 de junio de 1947, se contempló como

SE HA PUESTO DE MANIFIESTO... "EL ENORME DESATINO QUE CONSTITUYE APRECIAR LA INCAPACIDAD LABORAL VALIÉNDOSE DE BAREMOS, TABLAS O GUÍAS QUE PREFIJAN LA INCAPACIDAD A TÍTULO GENÉRICO..."

invalidez protegida la incapacidad "absoluta y permanente para todo trabajo de la profesión habitual"; siempre que los "ingresos actuales sean inferiores a la tercera parte de los que (se) obtendría en dicha profesión". Entre los demás requisitos, se preveía que se tuvieran cincuenta años cumplidos, acu-

diéndose al sistema de lesiones listadas para extender la protección a los mayores de treinta años.

Por último, el Reglamento General del Mutualismo Laboral contempló como invalidez protegida la incapacidad permanente absoluta para toda clase de trabajo, si bien con posterioridad (órdenes de 20-10-1956 y 23-2-1957) se daría también entrada al criterio de la capacidad específica de trabajo, al establecerse una pensión por incapacidad permanente total para la profesión habitual a favor de los mutualistas mayores de cincuenta años, debiendo haberse producido la incapacidad después de dicha edad.

5. CRÍTICA DOCTRINAL A LA BAREMACIÓN DE LOS GRADOS DE INCAPACIDAD DEL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

El criterio seguido para la delimitación de la incapacidad protegible en el seguro de accidentes de trabajo fue objeto de críticas doctrinales sumamente adversas. Así, se resaltaban las dificultades interpretativas que suscitaban los cuadros de valoraciones incluidos en los sucesivos reglamentos de 8 de julio de 1903, de 29 de diciembre de 1922 y de 31 de enero de 1933,

¹⁷ Según J. M. ÁLVAREZ DE LA ROSA: **Ob. cit.**, págs. 145-146, esta supresión vendría explicada por la consolidación del principio de incapacidad profesional, no meramente física, de forma que era innecesario que la norma remachara conceptos suficientemente explícitos.

¹⁸ No obstante, debe señalarse que el Decreto 1328/1963, de 5 de junio, tipificó la ceguera como causa de gran invalidez, sin que la vigencia de esta disposición se viera afectada por las normas que implantaron el nuevo sistema de Seguridad Social.

¹⁹ Por ello, atendida esta duradera transitoriedad, puede afirmarse que la cobertura de la invalidez derivada de riesgos comunes constituyó la historia de una repetida frustración (cfr. M. AZNAR LÓPEZ: "La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social española (y II)", en **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM** n° 11, 1978, pág. 28).

al dictarse por algunos juzgados sentencias en las que se reconocían indemnizaciones por la concurrencia de lesiones recogidas en el cuadro, pero que no llegaban a constituir incapacidad, las cuales eran anuladas posteriormente por el Tribunal Supremo²⁰, por cuanto la aplicación del cuadro habría de reservarse al caso de coexistencia de las incapacidades definidas con otras de menor importancia²¹.

En el mismo sentido, pudo calificarse el cuadro de valoraciones como un complicado e innecesario mecanismo que suscitaba problemas de interpretación práctica, ya que por algunos se tergiversaba su naturaleza, al sostener que las lesiones recogidas en dicho cuadro constituían tipos específicos de incapacidad, indemnizables con los porcentajes asignados a su función evaluadora. De otra parte, ante la contradicción entre la valoración fija de las lesiones contempladas en el cuadro y el criterio de la profesionalidad, recogido asimismo en las normas reglamentarias, se señalaba que el verdadero sentido de aquél era el ser un elemento orientador y supletorio, de modo que sirviera de guía al intérprete y se aplicara tan solo si las lesiones no constituían una incapacidad definida, por lo que la concurrencia de una de las lesiones contempladas en el cuadro podría constituir por sí sola una incapacidad para una determinada profesión. Y se concluía aseverando que el cuadro reunía los defectos inherentes a la aplicación de un sistema de baremos a conceptos humanos y jurídicos, por lo que mejor hubiera sido su supresión²².

La crítica más certera de las disposiciones recogidas en la legislación de accidentes de trabajo sería hecha, a la altura de los años treinta del siglo pasado, por Rafael García Ormaechea. Conviene, por tanto, examinar con detenimiento esta crítica.

Analizando la evolución de la legislación y de la jurisprudencia en la materia, ponía de relieve este autor la contradicción entre la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 y el Reglamento de 1903, al contemplarse en la primera tres grados de incapacidad (absoluta, total y parcial), que en el reglamento quedaron reducidos a dos, al prescindirse de la total. A ello se unió el desconocimiento, por parte del Reglamento, del criterio de

la profesionalidad en que se fundaba la incapacidad, para pasar a contemplar las lesiones en sí mismas, el mero daño físico, haciendo abstracción del perjuicio económico que producían. Se pasó así a tener en cuenta pura y simplemente la incapacidad, en lugar de la incapacidad profesional, al realizarse una enumeración de lesiones constitutivas de cada grado, de forma que las lesiones listadas, y no otras, daban lugar a la incapacidad correspondiente. A tal efecto, el reglamento añadió contra legem un arbitrario y confuso cuadro de valoraciones en el que se atendía a la lesión en abstracto. Este cuadro era, además, ilusorio, en cuanto a la posible elevación del grado de incapacidad, cuando las lesiones valoradas coexistieran con las definidas, siendo prueba de ello que la jurisprudencia no registrase un solo caso en que se hubiera dado tal circunstancia²³. Ante la contradicción entre ley y reglamento, el Tribunal Supremo optó –como, por otro lado, era obligado– por dejar de aplicar el reglamento cuando se producía la oposición entre éste y el texto legal²⁴.

La reforma introducida por la Ley de Matos, de 1922, pretendió evitar la contradicción entre ley y reglamento de incapacidades. A tal fin, tras reiterar la triple graduación de la incapacidad permanente, dejaría patente el criterio de calificarla mediante la relación entre lesión y trabajo, señalando al efecto que la determinación reglamentaria de las lesiones definidoras de la incapacidad parcial no obstaría a que las mismas se aprecia-

ran en relación con la incapacidad profesional, con lo que se venía a proclamar la libertad de apreciación de las lesiones respecto de las incapacidades parcial y total. Así las cosas, si la jurisprudencia había rescatado el recto sentido de la Ley de 1900 frente a su Reglamento de Incapacidades, en esta ocasión sucedería

LAS CONSECUENCIAS QUE
TENGA UNA MISMA LESIÓN
SON MUY DIFERENTES,
SEGÚN LA NATURALEZA
DE LA ACTIVIDAD QUE
SE EJERZA, Y POR TANTO
SERÍA RIDÍCULO CONCEDER
A LAS VÍCTIMAS UNA
INDEMNIZACIÓN UNIFORME

²⁰ Así, STS de 26-3-1924.

²¹ A. MAESO: **Accidentes de Trabajo. Comentarios y aclaraciones a la nueva Ley y su Reglamento**. Madrid, Editorial Revista de Derecho Privado, 1933, págs. 51-52.

²² M. HERNAINZ MÁRQUEZ: **Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**, 2ª ed. Madrid, Editorial Revista de Derecho Privado, 1953, págs. 194-196.

²³ Cfr. R. GARCÍA ORMAECHEA: **La incapacidad permanente por accidente de trabajo**. Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1934, págs. 14-17.

²⁴ Así, SSTs de 11-6-1913, 9-10-1913, 21-2-1914, 9-11-1914, 11-1-1915, 6-7-1916 y 8-6-1917, todas ellas citadas por R. GARCÍA ORMAECHEA: **Ob. cit.**, pág. 17.

lo contrario, de modo que el Tribunal Supremo hizo prevalecer el criterio físico sobre el profesional, considerando como incapacidades tan solo las lesiones que quedaron listadas en el Reglamento y, más tarde, en el Código de Trabajo de 1926²⁵. Se desaprovechaba así la posibilidad que, para una interpretación extensiva de la enumeración reglamentaria de las lesiones, ofrecía la referencia en los listados de las incapacidades total y absoluta a las lesiones similares que produjeran la misma incapacidad, al tomarse similitud por identidad. A todo ello se añadía que las lesiones que daban lugar a la incapacidad parcial se consideraban como limitativas y no como enunciativas, ante la ausencia de una referencia a las lesiones similares, prevista respecto de los demás grados de incapacidad²⁶.

Finalizaba este autor el análisis de la evolución de la determinación de la incapacidad en la legislación de accidentes de trabajo con una crítica a la elevación del rango de la norma en la que se incluía el cuadro de valoraciones, al ser insertado éste en el Código de Trabajo de 1926 dentro de las disposiciones fundamentales en la materia y, posteriormente, en el texto refundido de 1932²⁷, dejando, además, constancia del giro de la jurisprudencia, tras la aprobación del Reglamento para la aplicación de la Ley de Accidentes del Trabajo a la Agricultura (Decreto de 28-8-1931) y las modificaciones introducidas en el citado texto refundido y en su Reglamento de 31 de enero de 1933. En concreto, al reproducirse en este último los preceptos legales donde se recogían los conceptos de los grados de incapacidad y añadirse las

“LA DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ NO PUEDE SER OBJETO DE REGLAS GENERALES. CADA CASO EXIGE UNA DECISIÓN INDIVIDUAL”

lesiones que en todo caso o especialmente constituirían cada uno de ellos, se daba pie a considerar que la enumeración de las lesiones era meramente enunciativa, además de volver a aplicar el criterio de valorar la incapacidad parcial en relación no solamente con la lesión, sino también con la profesión²⁸.

Junto a este análisis de las normas legales y reglamentarias y de la jurisprudencia, García Ormaechea realizaba además unas consideraciones generales, que revisten un especial interés. Así, resaltaba la inadecuación de “fijar el valor fisiológico de cada lesión, pues lo que interesa principalmente es apreciar la disminución o la pérdida de aptitud laboral que cualquier lesión produzca”, de forma que “para adecuar la indemnización al perjuicio hay que huir de la valoración arbitraria de las lesiones y atender a sus efectos en la aptitud de trabajo. El sistema de calificar la incapacidad solo por el hecho de la lesión es de una rigidez incompatible con la finalidad de la ley de accidentes, que es reparar el perjuicio en la medida en que se sufre”²⁹.

Expresaba además García Ormaechea su rotunda oposición al sistema de listas o baremos de incapacidades³⁰, argumentando para ello la imposibilidad de determinar previamente las incapacidades parciales y totales, teniendo en cuenta las diversas profesiones u oficios, ya que “se advierte la inmensa dificultad de hacer una lista completa que enuncie todas las lesiones posibles y, en relación con cada una de ellas, todos los oficios, ocupaciones y trabajos realizables, clasificándolos, a su vez, por las infinitas categorías de especializaciones en que la actual variedad de tareas, creciente cada día, subdivide a los obreros”. Por ello, ésta sería una “tarea ingente que hay que reputar imposible e impráctica, porque el manejo y aplicación de semejante tabla representaría un esfuerzo mucho mayor que el enjuiciar a posteriori cada caso, discuriendo sobre los elementos reales de la lesión sufrida y de género del trabajo del obrero para definir su incapaci-

²⁵ Así, SSTs de 10-12-1925, 3-4-1928, 18-4-1929, 11-10-1929, 12-4-1930, 24-4-1930 y otras posteriores. Frente a esta doctrina dominante, otra línea jurisprudencial se adaptaba esporádicamente al criterio legal. Esta línea queda reflejada en las SSTs de 9-7-1924, 21-2-1928, 28-12-1929 y 2-7-1931, todas ellas mencionadas por R. GARCÍA ORMAECHEA: *Ibid.*, págs. 19-25.

²⁶ Ver R. GARCÍA ORMAECHEA: *Ibid.*, pág. 23.

²⁷ R. GARCÍA ORMAECHEA: *Ibid.*, págs. 25-26.

²⁸ En tal sentido, SSTs de 19-10-1933 y 30-12-1933, citadas igualmente por R. GARCÍA ORMAECHEA (*Ibid.*, págs. 47-48).

²⁹ R. GARCÍA ORMAECHEA: *Ibid.*, págs. 5-6.

³⁰ Señala R. HERNÁNDEZ GÓMEZ que el término “baremo” proviene del apellido del matemático francés del siglo XVII, François Barrême (1638-1703), que es considerado como el primer creador de una tabla de valores ajustados, aunque, citando a A. BERTELSEN Y N. CAPENER (“Fingers, compensation and King Canute”, en *Journal of Bone and Joint Surg.*, 42, B-2, mayo 1960), indica que el primer ensayo de una valoración para compensación por accidente se remontaría a las leyes de los Francos Sálcos (años 507-511) y habría sido perfeccionado en la época del rey Canuto (1016-1035) (ver “Normas generales para la confección de un baremo de discapacidades”, en *Rehabilitación* vol.2, fasc. 4º, 1968, pág. 537).

dad parcial o total con arreglo al sencillo principio de que pueda, con disminución de aptitud, reanudar su ocupación o de que tenga que cambiar de profesión". En definitiva, según García Ormaechea, "si el baremo es amplio y detallista, propende a lo imposible: a catalogar todas las incapacidades permanentes totales y parciales resultantes de cada una de las lesiones posibles en relación con cada oficio o trabajo especial que el obrero pueda realizar"; y si, por el contrario, "el baremo se simplifica, reduciéndolo a la expresión de coeficientes por lesiones, no se conseguirá el fin propuesto de relacionar la lesión y el oficio; prevalecerá la incapacidad física sobre la profesional, y seguirá la injusticia que el sistema pretende remediar: calificar la incapacidad por la lesión prescindiendo de la profesión"³¹.

Traía a colación García Ormaechea, al hilo de su crítica, un texto de la OIT, del que se desprenden los inconvenientes de la baremación de las incapacidades: "El baremo ideal debería ser un verdadero diccionario que abarcase todas las profesiones, indicando para cada una de ellas todas las lesiones con el grado de incapacidad correspondiente en cada caso, teniendo, además, en cuenta la edad y las aptitudes particulares del individuo; trabajo de una amplitud y de una minucia extraordinarias si se considera la especialización creciente de los oficios industriales. Actualmente sólo hay un baremo que, aunque muy simplificado, responde a esta orientación: el del Estado de California (Estados Unidos de América), el cual tiene en cuenta la naturaleza y la gravedad de la lesión (267 categorías de daños corporales), de la profesión (52 grupos profesionales) y de la edad de la víctima (31 categorías de quince a setenta y cinco años), y ofrece un número de combinaciones que excede de doce millones"³².

6. EL CRITERIO DE VALORACIÓN EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA CRÍTICA DE LA BAREMACIÓN

Las lesiones listadas que existían en la legislación de accidentes de trabajo desaparecieron en el sistema que implantó la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de

Bases de la Seguridad Social y su texto articulado I, aprobado por Decreto 907/1966, de 21 de abril³³. Sin embargo, la sombra de la baremación era alargada, ya que la influencia de las listas de las lesiones que daban lugar a un determinado grado de incapacidad se proyectó hacia el nuevo sistema, al baremarse indirectamente la calificación de la invalidez, desde el momento en que dichas listas siguieron siendo aplicadas, si bien con carácter meramente indicativo³⁴.

La crítica a los baremos se ha repetido, por tanto, también tras la implantación del nuevo sistema de Seguridad Social. Se ha puesto de manifiesto en tal sentido "el enorme desatino que constituye apreciar la incapacidad laboral valiéndose de baremos, tablas o guías que prefijan la incapacidad a título genérico... Todavía, desafortunadamente, persisten e insisten algunos en esa viciosa práctica y, lo que peor, induciendo o seduciendo a otros para ceder a la tentación de dar por bueno tan inapropiado "método" de trabajo... La solución propuesta por el baremo es siempre apriorística, considerando la lesión únicamente con vocación genérica, sin relacionarla en concreto con tal o cual aspecto, pues los tantos por ciento que propone no se acompañan de la indicación "para qué"; "frente a qué", esto es, no traen a colación el factor o factores con que la cifra debería referirse. Su número es enorme, casi cada autor ha intentado confeccionar su propio baremo, señal inequívoca de que ninguno es bueno ni útil para cumplir el fin que en un principio parece que debieran perseguir"³⁵.

Se ha señalado asimismo que si bien en los preámbulos de los baremos suele señalarse que las cifras en ellos recogidas tienen tan solo un valor meramente orientativo, en su aplicación práctica operan con verdadero rigor taxativo. Se añade que, de todos modos, "ni siquiera considerados como sugerencia los baremos son de utilidad, pues un estado de incapacidad física puede repercutir de muy diversas maneras cuando la limitación funcional apreciada haya de proyectarse en un trabajo concreto"³⁶.

También se ha indicado que la utilización de baremos obedece a razones de índole organizativa y burocrática, como son lograr una mayor agilidad de la tramitación de los procedimientos y facilitar la cuantificación y homogeneización de situaciones, persiguiendo un fin

³¹ R. GARCÍA ORMAECHEA: **Ob. cit.**, págs.8-9.

³² R. GARCÍA ORMAECHEA: **Ibid.**, pág. 8.

³³ Salvo, como se ha señalado en una nota anterior, la ceguera como causa de gran invalidez, por efecto de lo dispuesto en el Decreto 1328/1963, de 5 de junio.

³⁴ L. E. DE LA VILLA y A. DESDENTADO BONETE: **Ob. cit.**, pág. 385.

³⁵ M. RODRÍGUEZ JOUVENCEL: **La incapacidad para el trabajo**. Barcelona, Bosch, 1993, págs. 78-79.

³⁶ M. RODRÍGUEZ JOUVENCEL: **Ob. cit.**, pág. 85.

loable, como es la objetividad en la valoración. Frente a ello, se han puesto de manifiesto sus inconvenientes, como son la dificultad de apreciar las circunstancias personales y sociales, la manifestación del “fetichismo de la cifra límite” y la imposibilidad de aplicación adecuada en la gran mayoría de las deficiencias de origen psíquico³⁷.

En otro orden de cosas, también se ha resaltado que el criterio meramente físico está circunscrito en los modernos sistemas de Seguridad Social al ámbito de la protección derivada de accidentes de trabajo, en el que subsiste el enfoque de la indemnización del daño, propio del seguro privado, y no de la cobertura de una situación de necesidad, que se considera un concepto más moderno³⁸. En este sentido, se ha puesto de relieve la tosquedad de los baremos como medio para realizar una valoración individualizada de la disminución de la capacidad, indicándose al efecto que en los países en que se ha utilizado, su uso se ha restringido al campo de los accidentes de trabajo, con un enfoque indemnizatorio, al no acomodarse a una noción de Seguridad Social en la que, para evaluar la invalidez, se tenga en cuenta la capacidad residual de trabajo y las posibilidades de empleo, de modo que se cubran situaciones concretas de necesidad, cuya baremación no resulta posible³⁹.

Esta opinión se sitúa en la línea de la doctrina clásica, que pone de manifiesto la inconveniencia de la aplicación de un criterio meramente físico, ya que “la Seguridad Social tiene por objeto garantizar el mantenimiento de los niveles de renta que provienen del trabajo; la invalidez debe, pues, definirse en relación al ejercicio de una actividad profesional. Las consecuencias que tenga una misma lesión son muy diferentes, según la naturaleza de la actividad que se ejerza, y por tanto sería ridículo conceder a las víctimas una indemnización uniforme. La fórmula del baremo no parece haber sido adoptada en materia de Seguros Sociales más que por la Rusia soviética. Francia, no obstante, la ha acogido en la Rama de accidentes de trabajo, pero el

baremo no tiene más que un valor indicativo y las cifras deben ser rectificadas en cada caso por medio de un coeficiente profesional”⁴⁰.

Para esta doctrina, la invalidez que debe ser protegida por la Seguridad Social “consiste en la incapacidad del individuo para obtener una remuneración suficiente, de acuerdo con su edad y sus aptitudes, y habida cuenta de la situación del mercado de trabajo: se trata de una incapacidad general para obtener ingresos. Esta definición de la invalidez responde sólo al espíritu de los sistemas modernos de Seguridad Social, que presentan un carácter interprofesional, y que garantizan la seguridad de ingresos provenientes del trabajo: nadie puede ser considerado inválido si puede aun obtener una remuneración normal con su trabajo, aunque sea en otra actividad profesional...La determinación de la invalidez no puede ser objeto de reglas generales. Cada caso exige una decisión individual”⁴¹.

7. LA POLÉMICA SOBRE LA BAREMACIÓN EN LA CONFERENCIA MINUSVAL-74

Con ocasión de la celebración de la Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido en la Sociedad (Minusval-74), que se celebró en Madrid del 28 al 30 de enero de 1974, se produjo una interesante polémica en torno a la baremación de la valoración de la invalidez. En efecto, a esta Conferencia se presentó una comunicación, titulada “estudio legislativo en materia de indemnizaciones y pensiones, rehabilitación profesional y empleo de minusválidos”, cuyo autor era Jaime Bosch Pardo, a la sazón Presidente del Centro Mutual para la Rehabilitación de Accidentados del Trabajo. En esta comunicación se sostenía que la determinación del grado de incapacidad se realizaba, en el sistema español de Seguridad Social, por aplicación de conceptos genéricos, inconcretos y de difícil aplicación en ciertos casos⁴². Ante ello, se propugnaba la desapari-

³⁷ M. GARCÍA VISO: **Diagnóstico y valoración de discapacidades**. Madrid, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, 1990, págs. 17-18.

³⁸ **Libro Blanco de la Seguridad Social**. Madrid, Ministerio de Trabajo, 1977, pág. 236.

³⁹ J. M. ÁLVAREZ DE MIRANDA Y TORRES: “Cuestiones en torno a la calificación de la invalidez permanente”, en **Jornadas Técnicas sobre invalidez permanente**. Madrid, Instituto Nacional de la Seguridad Social, 1984, pág. 20.

⁴⁰ P. DURAND: **La política contemporánea de Seguridad Social**. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1991, pág. 251 (orig., **La politique contemporaine de Sécurité Sociale**. Paris, Dalloz, 1953).

⁴¹ P. DURAND: **Ob. cit.**, pág. 252.

⁴² J. BOSCH PARDO: **Estudio legislativo en materia de indemnizaciones y pensiones, rehabilitación profesional y empleo de minusválidos**. Comunicación presentada a la Conferencia Minusval-74 (no publicada), pág. 28.

ción de los grados de invalidez existentes y su sustitución “por un único cuadro, tabla o baremo, en que se atribuyera un porcentaje de disminución determinado para cada secuela residual concreta”, fijándose la cuantía de las indemnizaciones y pensiones por la aplicación de coeficientes, con la posi-

ble existencia de índices correctores discrecionales para aquellos supuestos específicos en que una secuela pudiera representar una mayor dificultad para trabajos determinados⁴³. En el anexo a esta ponencia se defendía el criterio de abandonar la relación entre lesión-trabajo y sustituirla por la de disminuido-hombre sano, aplicando para ello una escala de grados de disminución de capacidad que considere exclusivamente y por sí misma la pérdida de cada órgano o de cada función, de modo que se prescindiera de apreciaciones subjetivas y se establezca un sistema objetivo de valoración⁴⁴.

Esta comunicación tuvo su réplica en otra presentada por Alberto de Pereda Mateos, que venía a reflejar oficiosamente la posición del Ministerio de Trabajo. En esta comunicación se sostenía que la configuración de la valoración de la invalidez conforme a un criterio físico era propia de aquellos regímenes protectores en los que no procedía la consideración del carácter de trabajador, como es, a título de ejemplo, el caso de las indemnizaciones a los inválidos de guerra⁴⁵. Se seña-

SE HA PROPUGNADO LA
REVISIÓN DEL SISTEMA
DE VALORACIÓN PARA
ABANDONAR LA RIGIDEZ
DEL CRITERIO MÉDICO Y
POTENCIAR LA APRECIACIÓN
DE LAS CIRCUNSTANCIAS
SOCIOECONÓMICAS

laba asimismo que para valorar los efectos de la invalidez, los sistemas de Seguridad Social acudían, como regla general, al criterio de la reducción de la capacidad de ganancia o a la disminución de la capacidad de trabajo, específico o genérico, o a combinaciones de los distintos criterios posibles⁴⁶. En cualquier caso, un análisis de derecho comparado lleva a la conclusión de que la aplicación del criterio físico está restringida a la determinación de la invalidez derivada de riesgos profesionales, conectada en su origen con la idea del carácter jurídico-privado de la indemnización de un daño y no con la propia de un sistema de Seguridad Social, consistente en proteger una situación de necesidad, lo que permitía sostener la inadecuación de la aplicación del criterio físico en un sistema, como el español, en el que se había suprimido la existencia de seguros sociales particularizados y cuya ordenación se fundamentaba en el principio de consideración conjunta de las contingencias y situaciones protegidas⁴⁷. La aplicación de un criterio meramente físico desembocaría, por lo demás, en un sistema de protección abstracto, al no tomar en consideración las circunstancias subjetivas (edad y formación) y objetivas (condiciones de empleo y residencia)⁴⁸. No obstante, el autor de la comunicación admitía que pudiese tenerse en cuenta el factor físico, pero no para sustituir a los criterios de valoración fundamentados en la disminución o pérdida de la capacidad de ganancia o de trabajo, sino para corregirlos y complementarles, actuando, en ciertos supuestos, como un elemento corrector. Abría asimismo la posibilidad de estudiar la baremación de la incapacidad permanente parcial⁴⁹.

Las conclusiones de la Conferencia vinieron a corroborar, como era de esperar por cuanto el organizador de ésta era el Ministerio de Trabajo, la segunda de las opiniones confrontadas⁵⁰.

⁴³ J. BOSCH PARDO: **Ob. cit.**, pág. 43.

⁴⁴ J. BOSCH PARDO: **Ibid.**, anexo, págs. 6, 8 y 21.

⁴⁵ A. DE PEREDA MATEOS: **Determinación y protección de la invalidez permanente en el Derecho español de la Seguridad Social**. Comunicación presentada a la Conferencia Minusval-74 (no publicada), págs. 3-4.

⁴⁶ A. DE PEREDA MATEOS: **Ob. cit.**, pág. 11.

⁴⁷ A. DE PEREDA MATEOS: **Ibid.**, pág. 22.

⁴⁸ A. DE PEREDA MATEOS: **Ibid.**, pág. 23.

⁴⁹ A. DE PEREDA MATEOS: **Ibid.**, pág. 35. En el mismo sentido, J. M. ÁLVAREZ DE MIRANDA Y TORRES: **Ob. cit.**, págs. 25-26.

⁵⁰ Se señalaba, en concreto, que la valoración de la invalidez debería realizarse atendiendo a criterios económico-sociales, teniéndose en cuenta el criterio físico para completar la aplicación del criterio socioeconómico, además de estimarse conveniente la aplicación de un baremo para determinar las lesiones constitutivas de la incapacidad permanente parcial (ver **Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido en la Sociedad. Minusval-74**. Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo, 1975, vol. II, pág. 761. En este mismo volumen se incluyen resúmenes de las comunicaciones presentadas, entre ellas las dos que se han citado).

8. LA CRÍTICA A LA MODIFICACIÓN INTRODUCIDA POR LA LEY 24/1997, DE 15 DE JULIO

La modificación introducida por la Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social tuvo una crítica doctrinal adversa. En tal sentido, se resaltó que, olvidando la máxima de que “no hay invalideces, sino inválidos”, la nueva regulación hacía caso omiso de las experiencias precedentes⁵¹.

De otra parte, se pusieron de manifiesto las dificultades para elaborar un baremo que contemple todas las patologías posibles, así como la falta de idoneidad del método, por el criterio fundamentalmente físico en que está inspirado, para valorar las incapacidades laborales⁵².

En un sentido similar, se hizo hincapié en la dificultad técnica de especificar concreta y circunstanciadamente cuantas enfermedades incapacitantes puedan presentarse⁵³, se opinó que la lista de enfermedades era de difícil configuración⁵⁴ y se puso de relieve que su

EL CRITERIO SOCIOECONÓMICO CONCUERDA MEJOR CON LA FUNCIÓN PROPIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y..., EN CONSECUENCIA, DEBERÍA SER RECONOCIDO, EN EL PLANO LEGAL, COMO EL ÚNICO APLICABLE

elaboración era extremadamente compleja⁵⁵, llegándose a hablar de la “imposible lista de enfermedades valorables para la calificación de una incapacidad permanente”⁵⁶.

Al socaire de la crítica a la Ley 24/1997, de 15 de julio, se ha venido, además, a replantear, por razones financieras y para mejorar la eficacia protectora mediante

la aplicación de un criterio selectivo, el principio de conjunta consideración de las contingencias, por entender que responde a un idealismo abstracto inconciliable con la prioridades protectoras en una época de limitación de recursos. En tal sentido, se ha propuesto “abandonar la forzada equiparación entre contingencias profesionales y contingencias comunes”⁵⁷. En tal planteamiento subyace el criterio indemnizatorio que

⁵¹ J. R. MERCADER UGUINA: “La reforma de la acción protectora en la Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social”, en **Relaciones Laborales** n° 23, 1997, pág. 77. Se ha señalado en tal sentido que no existen dos situaciones iguales, resultando baldío todo intento de reconducirlas a calificaciones mecánicas, por lo que el baremo no debería tener carácter vinculante, sino orientativo (ver A. BARBA MORA: **Incapacidad permanente y Seguridad Social**. Pamplona, Aranzadi, 2001, págs. 62 y 66).

⁵² R. ROQUETA BUJ: **La incapacidad permanente**. Madrid, Consejo Económico y Social, 2000, págs. 55-56. En el mismo sentido, R. RODRÍGUEZ IZQUIERDO: “Concepto jurídico y grados de incapacidad permanente”, en P. RIVAS VALLEJO (dir.): **Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales. La incapacidad permanente desde el punto de vista médico y jurídico**, 2ª ed. Cizur Menor, Aranzadi, 2008, pág. 105.

⁵³ Ver P. GETE CASTRILLO: “La Ley de Consolidación y Racionalización: un hito ambivalente en la persona interminable del sistema de la Seguridad Social”, en F. VALDÉS DAL-RE (dir.): **La reforma pactada de las legislaciones laboral y de Seguridad Social**. Valladolid, Lex Nova, 1997, pág. 449; M. R. MARTÍNEZ BARROSO: “Una reforma inacabada: la incapacidad permanente”, en **Estudios Financieros. Revista de Seguridad Social** n° 184, 1998, pág. 39.

⁵⁴ J. F. BLASCO LAHOZ: **Comentarios a la Ley de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social**. Valencia, Tirant lo Blanch, 1999, págs. 63-64; J. F. BLASCO LAHOZ: **La reforma de la Seguridad Social: El Pacto de Toledo y su desarrollo**. Valencia, Tirant lo Blanch, 1997, pág. 124. Y en un sentido similar, M. A. LIMÓN LUQUE: “Artículo 137”, en A. MARTÍN VALVERDEY J. GARCÍA MURCIA (dir.) y M. A. CASTRO ARGÜELLES (coord.): **Ley General de Seguridad Social comentada y con jurisprudencia**. Las Rozas, La Ley, 2009, págs. 1088-1089.

⁵⁵ J. CASTIÑEIRA FERNÁNDEZ: “Reforma parcial de la Seguridad Social: Comentario a las Leyes 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social, y 66/1997, de 30 de diciembre, de acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado para 1998”, en **Relaciones Laborales I**, 1998, pág. 375. También R. LÓPEZ-TAMÉS IGLESIAS: **Práctica de la incapacidad laboral permanente (Régimen jurídico. Enfermedades más frecuentes. Normativa. Jurisprudencia. Formularios)**. Pamplona, DAPP, 2007, págs. 137-138.

⁵⁶ J. F. BLASCO LAHOZ: **Seguridad Social. Régimen General, Regímenes Especiales y prestaciones no contributivas**. Valencia, Tirant lo Blanch, 2011, pág. 523.

⁵⁷ A. DESDENTADO BONETE: “La protección de la incapacidad permanente en la Ley de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social”, en **Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales** n° 4, 1997, pág. 75; A. DESDENTADO BONETE: “La reforma de las pensiones de la

inspiró el nacimiento de los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales⁵⁸ y la necesidad de asegurar la reparación íntegra de los daños derivados del accidente laboral y de la enfermedad profesional⁵⁹.

El asunto no es, ni mucho menos, baladí, pues supone cuestionar uno de los que en su momento fueron considerados como ejes fundamentales del sistema de Seguridad Social⁶⁰, aun cuando nunca haya sido llevado hasta sus últimas consecuencias⁶¹, y que fue, por aquel entonces, considerado mayoritariamente por la doctrina como un avance muy positivo, al dejar de poner el acento en el riesgo para desplazar la protección a la situación de necesidad⁶².

9. EL FRUSTRADO DESARROLLO REGLAMENTARIO DE LA LEY 24/1997, DE 15 DE JULIO

De conformidad con la disposición transitoria quinta bis del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en la redacción dada por la Ley 24/1997, de 15 de julio, la aprobación del baremo para la valoración de las incapacidades debería haberse producido en el plazo de un año. Este plazo fue ampliado por la disposición adicional trigésima novena de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, a cuyo tenor tal aprobación se habría de producir durante el ejercicio de 1999⁶³.

No puede decirse que no se abordara con presteza la tarea de elaborar la correspondiente norma reglamentaria, como lo demuestra la existencia de un “Bo-

Seguridad Social en 1997: un panorama general, en A. MARTÍN VALVERDE (dir.): **Las reformas laboral y de la Seguridad Social de 1997**. Madrid, Consejo General del Poder Judicial, 1998, pág. 207. La crítica al principio de conjunta consideración de las contingencias no carece de precedentes, como es la puesta en cuestión realizada por A. PERPIÑÁ RODRÍGUEZ en la década de los setenta del pasado siglo (**Sociología de la Seguridad Social**. Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorro, 1972, págs. 290-291).

⁵⁸ Se ha hablado en tal sentido de reforzar el carácter indemnizatorio que se debilita por el salto de la incapacidad permanente total a la absoluta, superando así algunos márgenes de cobertura que tratan de cubrirse con acciones de responsabilidad civil (cfr. A. DESDENTADO BONETE: “La protección de la incapacidad permanente en la Ley de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social”..., **cit.**, pág. 75; A. DESDENTADO BONETE: “La reforma de las pensiones de la Seguridad Social en 1997: un panorama general”..., **cit.**, pág. 207).

⁵⁹ Ver D. PIETERS: “El futuro de los seguros de accidentes laborales y de enfermedades profesionales en la Unión Europea”, en **Cien años de Seguridad Social. A propósito del centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900**. Madrid, UNED y Fraternidad Muprespa, 2000, pág. 196.

⁶⁰ Recuértese que la exposición de motivos de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 señalaba que “la Ley, superando la regresiva noción de riesgos singulares, atendida su causa, delimita situaciones y contingencias susceptibles de protección para la consideración conjunta de las mismas, en vista de sus efectos”; para añadir más adelante que “la Ley evita deliberadamente la noción de riesgo, que sustituye por las situaciones o contingencias...De este modo no sólo se marca una línea muy visible entre la Seguridad Social –a la que trata de llegar– y los Seguros Sociales –de donde se parte–, basados en la idea de riesgo, sino que además se favorece...la conjunta consideración de las situaciones o contingencias protegidas para conseguir en la medida de lo posible la uniformidad de las prestaciones ante un mismo evento”.

⁶¹ Al contrario que en Holanda, donde mediante la Ley de 18 de febrero de 1966 se equiparó el tratamiento de la invalidez, abstracción hecha de su causa.

⁶² Cfr. D. HERNÁNDEZ MARTÍN: “El ámbito objetivo de la Seguridad Social”, en **Diez lecciones sobre la nueva legislación española de Seguridad Social**. Madrid, Facultad de Derecho de la Universidad Complutense, 1964, pág. 59. En el ámbito de la protección a la invalidez existía el precedente de los estatutos del Montepío Nacional del Servicio Doméstico (Orden de 6-4-1959), donde se hacía abstracción de la causa de aquélla, lo que fue considerado muy positivamente, al estimarse que “abrió camino a la más avanzada orientación política y doctrinal en la materia” (E. BORRAJO DACRUZ: “La integración de las situaciones de invalidez en la Ley de Bases de la Seguridad Social y su aplicación en el Derecho Comparado”, en **Revista de Política Social** n° 61, 1964, pág. 171, nota 19).

⁶³ El transcurso de este plazo sin que se produjera la aprobación del baremo y la inexistencia de una nueva habilitación ha permitido sostener que el cuadro de grados anterior a la reforma y actualmente en vigor se habría consolidado como definitivo, salvo futuras modificaciones (ver D. TOSCANI GIMÉNEZ: **El régimen jurídico de las pensiones de incapacidad permanente. Derechos y obligaciones de solicitantes y beneficiarios**. Valencia, Tirant lo Blanch, 2006, págs. 69-70, nota 64, que cita a A. SEMPERE NAVARRO y O. DEL ÁGUILA CAZORLA: “Invalidez”, en **Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social**. Murcia, 2003, pág. 728).

rador de Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento general de las prestaciones por incapacidad permanente del sistema de Seguridad Social”, fechado el 14 de abril de 1998. En este borrador se recogía la definición de los grados de incapacidad, a cuyo efecto la incapacidad permanente parcial estaba referida al trabajo habitual, la incapacidad permanente total quedaba relacionada con este trabajo y con una profesión del mismo grupo profesional, cuya noción era objeto de delimitación, y la incapacidad permanente absoluta se definía en relación con toda profesión u oficio. Por su parte, la incapacidad permanente total cualificada seguía siendo definida conforme al criterio socioeconómico, y, por último, la gran invalidez era delimitada por aplicación del criterio genérico, que daba lugar a una incapacidad permanente absoluta, a la que se añadía un criterio vital⁶⁴.

En este borrador se contemplaba asimismo la evaluación, para la cual se debería, en primer término, constatar las lesiones y valorar la deficiencia y la discapacidad que provocan, de acuerdo con la voluminosa lista que se recogía en un anexo, y, seguidamente, evaluar su incidencia en la capacidad laboral, a fin de declarar la existencia de alguno de los grados de incapacidad. La tarea evaluadora se llevaría a cabo por los Equipos de Valoración de Incapacidades, en cuya composición no se introducían cambios respecto de la contemplada en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio.

No parece que la norma reglamentaria proyectada pasara de la fase de borrador, siendo, de otra parte, muy ilustrativo lo que se señalaba en la memoria explicativa de éste: “...frente a lo que podría deducirse del tenor literal del artículo 137 de la LGSS, no puede configurarse una lista de enfermedades que, valorando las deficiencias y discapacidades que provocan, automáticamente pueda determinarse un determinado (sic) grado de incapacidad. Al contrario, las dolencias padecidas, con sus deficiencias y discapacidades, deben ponerse en relación con los cometidos que se venían ejerciendo, para lo cual debe tomarse en cuenta no solo las dolencias, en sí mismas, sino también el conjunto de circunstancias personales que concurren en

cada caso. Como, a veces, se ha señalado, en el ordenamiento de la Seguridad Social no existen ‘incapacidades’, sino ‘incapacitados’. Con ello, se venía a poner de manifiesto la imposibilidad de aplicar en sus propios términos las previsiones legales sobre la baremación de las incapacidades.

La ausencia de este desarrollo reglamentario parece, por tanto, dar la razón a quienes señalaban la dificultad, e incluso la imposibilidad, de elaborar un baremo que contemplara todas las lesiones y sus consecuencias respecto de cada uno de los grupos profesionales de las distintas actividades productivas⁶⁵, frente a los que, interpretando que el factor profesional pasaba, según la nueva redacción del artículo 137 de la Ley General de la Seguridad Social, a un segundo plano, consideraban relativamente sencillo el desarrollo reglamentario del precepto, estimando que bastaría un reajuste de los baremos aplicables a las pensiones no contributivas⁶⁶.

10. CONCLUSIÓN

A título conclusivo, puede señalarse que desde que se implantara el sistema de Seguridad Social no han faltado propuestas para abrir un espacio más amplio a la consideración del criterio socioeconómico en la valoración de la incapacidad permanente. Así, se ha propuesto sustituir los criterios profesional y laboral, que definen las incapacidades parcial, total y absoluta, por la consideración de un trabajo adecuado a la cultura, a la formación profesional y a la experiencia anterior del incapacitado, estableciendo un grado único de incapacidad consistente en la pérdida o disminución de la capacidad de ganancia para dicho trabajo y valorando los factores socioeconómicos, especialmente el mercado de trabajo, de modo que si un trabajador incapacitado para su profesión, pero que puede desempeñar otra, no puede encontrar empleo adecuado, sea protegido como pensionista de invalidez mientras halla aquél, o bien pueda acceder a las prestaciones de desempleo⁶⁷. También se ha sugerido que, cuando menos, se generalice el criterio socioeconómico a los

⁶⁴ Incurriéndose así nuevamente en el erróneo criterio tradicional de vincular la incapacidad permanente absoluta y la gran invalidez (ver M. AZNAR LÓPEZ: “De la gran invalidez a la protección de la dependencia”, en *Revista Española del Daño Corporal* vol. II, n° 4, 1996, pág. 14; M. AZNAR LÓPEZ: *Sistemas dinámicos y estáticos de protección a la invalidez: Los casos suizo y español*. Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales. Monografía n° 12. Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1982, págs. 37-38).

⁶⁵ Así, J. F. BLASCO LAHOZ: *Prestaciones por incapacidad. Incapacidad temporal, incapacidad permanente, invalidez del SOVI e invalidez no contributiva*. Valencia, Tirant lo Blanch, 2010, pág. 199.

⁶⁶ Ver en este sentido J.M. GOERLICH PESET: “La reforma de la incapacidad permanente”, en A. PARDELL VEA (coord.): *La reforma de las pensiones de 1997*. Madrid, Marcial Pons, 1999, pág. 64.

⁶⁷ Ver L. E. DE LA VILLA y A. DESDENTADO BONETE (dir.): *Informe sobre la reforma del sistema español de Seguridad Social*. Madrid, IESA, 1983, págs. 105-108.

grados de incapacidad no absoluta, a fin de valorar la capacidad residual de ganancia, potencial o actual, del trabajador, para ponerla en relación con la que tendría de estar sano, determinando así el grado de invalidez y la protección proporcionalmente adecuada⁶⁸. En el mismo sentido, se ha propugnado la revisión del sistema de valoración para abandonar la rigidez del criterio médico y potenciar la apreciación de las circunstancias socioeconómicas⁶⁹. Se ha considerado, en tal sentido, que el criterio socioeconómico concuerda mejor con la función propia de la Seguridad Social y que, en consecuencia, debería ser reconocido, en el plano legal, como el único aplicable⁷⁰.

La toma en consideración del criterio de la incapacidad de ganancia, en concreto para definir el grado de incapacidad permanente absoluta, ha sido también defendida tras la novedades introducidas por la Ley 24/1997, de 15 de julio⁷¹.

Sin embargo, mediante las modificaciones realizadas por la Ley 24/1997, de 15 de julio, se pretendió iniciar

EN ESPAÑA, LA OPCIÓN DEL LEGISLADOR DE FINALES DEL SIGLO XX... DEBE CONSIDERARSE COMO EL RESULTADO DE UNA DECISIÓN POCO MEDITADA

un camino en dirección contraria, al aspirarse a implantar la baremación de la incapacidad permanente, lo que evocaba los tiempos iniciales de la protección de los riesgos profesionales. La crítica de este método ya fue realizada en las primeras décadas del siglo XX y, muy especialmente, en los años treinta, y, sin embargo, no fue tomada en consideración por el legislador de finales de siglo.

En cualquier caso, téngase la opinión que se tenga sobre la posibilidad y conveniencia de baremar la valoración de la incapacidad permanente, es lo cierto que, como sucede con excesiva frecuencia en España, la opción del legislador de finales del siglo XX, además de olvidar la crítica realizada a este método en las primeras décadas de dicho siglo y, en especial, en los años treinta⁷², debe considerarse como el resultado de una decisión poco meditada, si no fruto de la improvisación, pues lo lógico hubiera sido estudiar la posibilidad y oportunidad de implantar el baremo, elaborarlo en el caso de que tal estudio hubiera demostrado su utilidad y conveniencia y, por último, adoptar las medidas legales y reglamentarias necesarias para su aplicación.

Al invertirse el proceso lógico que hubiera debido seguirse y frustrarse la implantación del baremo por vía reglamentaria, el resultado es que la Ley 24/1997, de 15 de julio, no tuvo otro efecto que trocar lo permanente en duraderamente transitorio⁷³, dejando intacto el método vigente en el momento de su apro-

⁶⁸ Cfr. **Criterios para la racionalización y mejora de la Seguridad Social**, tomo II. Madrid, Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social, 1981, págs. 415-417. También, B. GONZALO GONZÁLEZ: "El debate actual para la reforma de las pensiones", en **Temas Laborales** n° 40, 1996, pág. 114.

⁶⁹ Cfr. **Documento base sobre la reforma de la Seguridad Social para la Comisión Tripartita del Acuerdo Económico y Social (A.E.S)**. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1985, págs. 36-37 y 130.

⁷⁰ Ver A. OJEDA AVILÉS: "El concepto legal de invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social", en **Revista de Política Social** n° 109, 1976, pág. 50. Debe entenderse que a excepción de la gran invalidez, la cual no es propiamente un grado de incapacidad y que debería ser valorada mediante la aplicación de un criterio vital (ver M. AZNAR LÓPEZ: **Sistemas dinámicos y estáticos de protección a la invalidez...**, cit., pág. 68). Por el contrario, se ha señalado que "un concepto de invalidez que reposa en la noción de incapacidad de ejercer una profesión no es compatible con un seguro social regido por los principios de aseguramiento obligatorio, solidaridad y rehabilitación (cfr. R. RUEDI: *Définition de l'incapacité de travail et de gain dans l'AI*", en **RCC** n° 3, 1980, pág. 149).

⁷¹ Ver J. M. GOERLICH PESET: "La reforma de la incapacidad permanente"..., cit., pág. 72, quien añade que "las eventuales disfunciones en término de gasto que ello pudiera suponer podrían...contrarrestarse con la incorporación de elementos contributivos a la hora del cálculo de la prestación".

⁷² A las críticas antes reseñadas, cabe añadir que en las conclusiones de la reunión de expertos en evaluación de la invalidez celebrada en Ginebra del 16 al 20 de noviembre de 1936 se declaró que "el concepto de invalidez física no debería ser empleado por las leyes sobre seguro de accidentes del trabajo y sobre seguro de invalidez para evaluar la incapacidad" (OIT: **Código Internacional del Trabajo**, vol. II. Ginebra, 1957, pág. 261).

⁷³ O, dicho de otro modo, en "una vigencia transitoria continua", por citar la frase que aplica a las normas de Seguridad Social J. A. CAPILLA BOLAÑOS: "Las nuevas pensiones de jubilación, incapacidad, muerte y supervivencia tras las reformas legislativas operadas por la Ley 24/1997, Real Decreto 1647/1997, Ley 66/1997 y Real Decreto 4/1998, su configuración actual", en **Actualidad Laboral** n° 22, 1998, pág. 456.

bación. Así pues, transcurrida más de una década desde tan impremeditada decisión y ante la renuencia del legislador español a emprender la senda del criterio socioeconómico para valorar la incapacidad, debería cuando menos revertirse la situación, transformando ahora lo transitorio en permanente. Si eran razones de seguridad jurídica las que, según el preámbulo de la Ley 14/1997, de 15 de julio, explicaban la reforma, idénticas razones aconsejarían actuar en el sentido indicado.

Sin embargo, no solo se ha desaprovechado la oportunidad que brindaba la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sino que el legislador, en la disposición final quinta de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, ha proclamado su propósito de persistir en el camino abierto por la Ley 24/1997, si bien solo para los accidentes de trabajo y

las enfermedades profesionales, poniendo así en cuestión, como ya se ha visto que hiciera una parte de la doctrina con ocasión de la aprobación de esta última ley, el principio de conjunta consideración de las contingencias protegidas. ●

NO SOLO SE HA
DESAPROVECHADO LA
OPORTUNIDAD QUE
BRINDABA LA LEY 27/2011,
DE 1 DE AGOSTO, SINO
QUE EL LEGISLADOR...
HA PROCLAMADO SU
PROPÓSITO DE PERSISTIR EN
EL CAMINO ABIERTO POR LA
LEY 24/1997

¿QUÉ SABEMOS DEL IMPACTO DE LOS COPAGOS EN ATENCIÓN SANITARIA SOBRE LA SALUD? EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES¹

Beatriz González López-Valcárcel

ULPGC

35

1. Introducción

El objetivo de este capítulo es valorar y analizar, desde una perspectiva académica y orientada a las políticas, las posibilidades y limitaciones de la contribución directa del usuario a la financiación de las prestaciones no farmacéuticas dentro de la sanidad pública en España. Más específicamente, nos centraremos en la relación entre copagos y salud.

Entendemos por copagos, los pagos de bolsillo para compartir los costes de la asistencia sanitaria directa que recibe o tiene derecho a recibir el paciente y su familia. Estos pagos, que contribuyen a financiar la sanidad pública (cost-sharing) pueden adoptar distintas formas (Jemai et al., 2004). Aunque la literatura suele emplear el término copago para la tarifa monetaria fija por recibir un servicio (un euro por consulta) y coaseguramiento cuando el usuario paga un porcentaje del coste (40% del precio del medicamento), en este capítulo, emplearemos el término copago como sinónimo de 'participación en el coste' (cost-sharing), incluyendo también el coaseguramiento y los deducibles (el usuario paga hasta una cantidad estipulada de euros por periodo, los costes suplementarios corren a cargo del asegurador).

Obviamente, el usuario contribuye, también, a financiar la sanidad pública con sus impuestos generales, de ámbito estatal, autonómico o local, directos e indirectos pero aunque esos impuestos estén vinculados a la sanidad (el céntimo de la gasolina) o tengan su base imponible en la aportación (negativa, del pecado) del usuario a la salud (impuestos sobre el tabaco y el alcohol) quedan fuera de nuestro punto de mira. Nos referiremos únicamente a los pagos que el usuario ha de hacer, sea en el momento del consumo o periódicamente, para recibir determinadas prestaciones sanitarias directas. Así pues, incluimos el hipotético pago de seguros médicos suplementarios para cubrir prestaciones excluidas del aseguramiento público (dentista), los copagos por acto (un euro por consulta) y la posibilidad de imponer deducibles (el paciente paga los 100 primeros euros de su asistencia sanitaria anual, el resto lo asume el servicio público de salud).

LAS RELACIONES CAUSALES
ENTRE COPAGOS Y
SALUD SON COMPLEJAS E
INDIRECTAS

En el apartado 2, analizamos los mecanismos de las relaciones causales entre copagos y salud. A continuación repasamos brevemente los objetivos

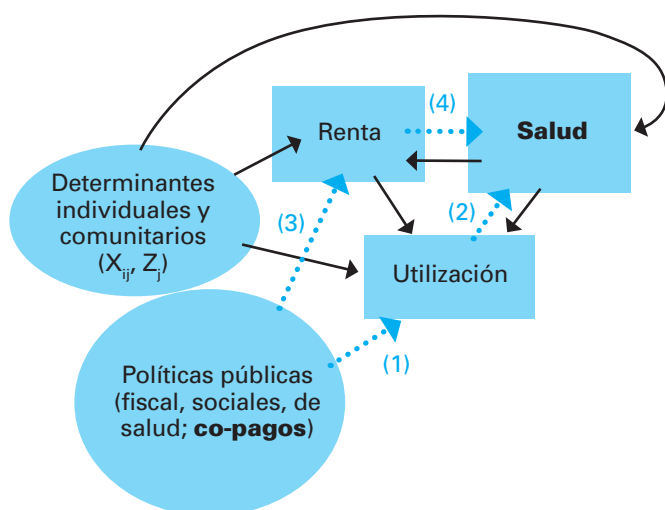
¹ Informes FRC 1. Fundación Rafael Camalans.

del copago en un sistema público de salud como el nuestro. En el apartado 4, proponemos algunas cuestiones relevantes en relación con el diseño de los copagos, cuyos efectos esperados se discuten, con la lógica del análisis económico y especial atención a los efectos sobre la salud de las personas y las poblaciones, en el apartado 5. En el apartado 6, revisamos la escasa evidencia científica de tipo empírico sobre la relación entre copagos y salud. Terminamos con dilemas y recomendaciones para orientar las políticas de copago.

2. Los mecanismos de las relaciones causales entre copagos y salud

Las relaciones causales entre copagos y salud son complejas e indirectas (figura 1), y se producen por varias vías y mecanismos. El más importante es el circuito (1)-(2): los copagos causan variaciones en los perfiles de utilización sanitaria, y estos producen cambios en la salud. Son efectos-precio. Además, se producen efectos vía renta (3)-(4). Algunos copagos (por ejemplo, las primas de seguro) alteran la renta real y esta está bidireccionalmente relacionada con la salud. Las dificultades metodológicas para estimar los efectos del copago sobre la salud se deben, fundamentalmente, a la coexistencia de otros determinantes individuales y comunitarios que alteran la salud directamente y mediante la inducción de efectos renta y de cambios en la utilización sanitaria.

Figura 1. Relaciones causales entre copagos por atención sanitaria y salud



EL OBJETIVO PRINCIPAL
DE LOS COPAGOS...
CONSISTE EN REDUCIR
LA UTILIZACIÓN
INNECESARIA SIN AFECTAR A
LA ADECUADA
NI PERJUDICAR LA SALUD DE
LOS PACIENTES

Así pues, los principales efectos del copago sobre la salud están mediatizados por su efecto sobre la utilización y de esta sobre la salud. De ahí, la gran dificultad para estimar la pérdida de salud (¿cómo medirla?) que se produciría, si se impusieran distintos diseños de copagos en España.

La literatura económica se ha concentrado en la flecha (1): efectos del pago de bolsillo sobre la utilización y sólo ocasionalmente ha entrado en la segunda cuestión. La investigación de servicios sanitarios aborda con mayor amplitud de miras la relación (2) entre utilización y salud: costes de los errores médicos, iatrogenia, calidad de los proveedores, uso apropiado, variabilidad en la práctica médica (VPM) e incertidumbre, etc.

3. Los objetivos del copago en un sistema público de salud

En teoría, los copagos tienen dos objetivos, el recaudatorio (compartir el coste de la asistencia, contribuyendo a la financiación de la sanidad pública cost-sharing) y el de procurar eficiencia global reduciendo el abuso en el consumo, es decir, reduciendo la utilización innecesaria que no aporta salud pero genera costes.

El objetivo recaudatorio no corresponde al sistema de salud (para eso está el sistema fiscal) ni a este capítulo. Señalamos, no obstante, que este objetivo recaudatorio es relevante para legitimar socialmente los copagos por prestaciones complementarias que aportan comodidad pero no salud (habitación individual, inmovilización con férula de fibra de vidrio, en vez de escayola) y a las que cubren aspectos sólo vagamente relacionados con la salud (¿fecundación in vitro?). El debate sobre las Beatriz González López-Valcárcel prestaciones privadas en los centros públicos está abierto (Ortún, 2006) y se plantea como una posibilidad de mejorar la financiación de la red pública mediante pagos privados de bolsillo.

No es objetivo del sistema sanitario público el redistribuir rentas, para eso está el sistema fiscal. El objetivo principal de los copagos, el gran reto, consiste en

reducir la utilización innecesaria sin afectar a la adecuada ni perjudicar la salud de los pacientes y de las poblaciones, a corto y a largo plazo. El reto del diseño es incentivar el consumo eficiente. A nivel individual del paciente, el objetivo de los copagos es evitar abusos (uso innecesario) que se pueden producir si el paciente no paga por los servicios que utiliza. A nivel global del sistema sanitario, es reducir la brecha entre eficacia y efectividad.

4. Cuestiones relevantes sobre el diseño de los copagos. Tipología

Los efectos esperados varían según el diseño del copago. A este respecto conviene diferenciar según los siguientes criterios tipológicos:

- a) Copagos por acto, por periodo de tiempo o por proceso. Los Sistemas Nacionales de Salud de cobertura universal imponen en su caso copagos por acto, en algunos casos con deducible (Jemai et al., 2004). Los sistemas basados en ideología liberal centran sus copagos fundamentalmente en primas de seguro voluntarias ajustadas por riesgo (González López-Valcárcel, 2002).
- b) Copagos por acción y copagos por omisión. Los primeros son por consumir, los segundos por no utilizar los recursos terapéuticos prescritos (por ejemplo, no adherencia a tratamientos o no asistencia a consultas).
- c) Los copagos incondicionales y los condicionales. El copago como sanción.

La flecha (2) de la figura 1 señala la causalidad fundamental entre utilización y salud. Si el médico prescribe adecuadamente, en un programa de atención sanitaria gratuita, pero el paciente no sigue las recomendaciones de utilización, la salud pierde. En West Virginia (EEUU) se ha iniciado recientemente una experiencia de copago selectivo vinculado al cumplimiento por el paciente de las indicaciones terapéuticas (asistencia a las consultas programadas, adherencia a los tratamientos, cambio de régimen alimentario). Responde a un planteamiento de copago como sanción, y se aplica sólo a los pacientes pobres (programa público Medicaid), apelando al paradigma de la responsabilidad del paciente. En el fondo, supone el planteamiento de la equidad como mérito, pero sólo se aplica a los pobres, cuyos condicionamientos sociales, económicos y restricciones de entorno puede que hagan de esta una falsa libertad de elección. El plan de West Virginia saca el contrato terapéutico fuera del encuentro médico-paciente y se teme que no sea capaz de

incentivar las conductas saludables, atacando los principios fundamentales del profesionalismo médico: la primacía del bienestar del paciente, su autonomía y la justicia social (Bishop et al., 2006). El sistema sanitario de EEUU tiene muy arraigados los principios del mercado. Las subvenciones, parciales y discriminatorias son excepciones basadas en la necesidad para atender a los pobres (Medicaid) y a los viejos (Medicare) que el paciente, sin embargo, a partir de ahora, ha de empezar a ganarse.

En la UE, en cambio, partimos de la salud como bien de mérito que el sistema público ha de garantizar por encima de capacidades de pago y de características personales. En este contexto, un copago condicionado al cumplimiento terapéutico sería una especie de multa que sólo se justificaría si se demostrara que contribuye a ganar salud. Algo parecido a lo que ocurre con las multas de tráfico por no llevar cinturón de seguridad. La respuesta no está clara. El coste de socavar la relación médico-paciente es un argumento de peso en contra.

Otra experiencia de copago condicionado a cumplimiento se ha dado en Suecia con los implantes dentales. El paciente tiene que “merecerlos”, lo que se demuestra con el recuento de bacterias en la boca.

En España y en otros países, se ha discutido la financiación de tratamientos de deshabituación tabáquica y de otros que requieren esfuerzo del paciente, condicionada al éxito, al entender que este está en último término en manos del propio paciente. Hay experiencias de cursos de deshabituación tabáquica en los que se devuelve el dinero de la matrícula si se deja de fumar (o se asiste hasta el final). La agencia británica NICE recomienda la prescripción médica de medicación contra la obesidad, solamente, si el paciente consigue adelgazar por su cuenta, con régimen y ejercicio, los primeros 10 kilogramos.

EN TEORÍA, LOS COPAGOS TIENEN DOS OBJETIVOS, EL RECAUDATORIO (COMPARTIR EL COSTE DE LA ASISTENCIA, CONTRIBUYENDO A LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA) Y EL DE PROCURAR EFICIENCIA GLOBAL REDUCIENDO EL ABUSO EN EL CONSUMO

d) Los copagos negativos o incentivos positivos (por ejemplo, premios por dejar de fumar) son la otra cara de la moneda. La lógica que hay detrás es incentivar movimientos eficientes a lo largo de las isocuantas de salud. Los pacientes

cambiarán consumos intrasaniarios por recursos saludables autogestionados: cambios de estilos de vida, ejercicio físico.

- e) Copagos sobre inputs sobre procesos o sobre resultados. Ejemplo del primer tipo son los copagos de medicamentos, de las consultas médicas o por intervenciones quirúrgicas; del segundo, sería copago de un paciente diabético por el cuidado durante un año; del tercero, podrían ser los copagos en caso de éxito de una intervención o los premios por dejar de fumar.
- f) Muy relevante es la posibilidad de diseñar copagos diferenciados según efectividad (por prestaciones "esenciales" y "no esenciales"). El problema práctico será evaluar el grado de necesidad ("esencialidad") de la prestación para cada paciente (¿quién ha de hacerlo? ¿cómo evitar fraudes?), cómo establecer excepciones personales (evaluar el nivel de riesgo-necesidad del paciente) y excepciones objetivas (copago en cateterismos de más de 3 stents).

38 5. Efectos esperados del copago sobre la salud de individuos y poblaciones

No hay una respuesta única universal. Los efectos del copago sobre la salud dependen de múltiples cuestiones, difieren entre personas y grupos, difieren según el diseño del copago y difieren entre el corto y el largo plazo (Puig-Junoy, 2001).

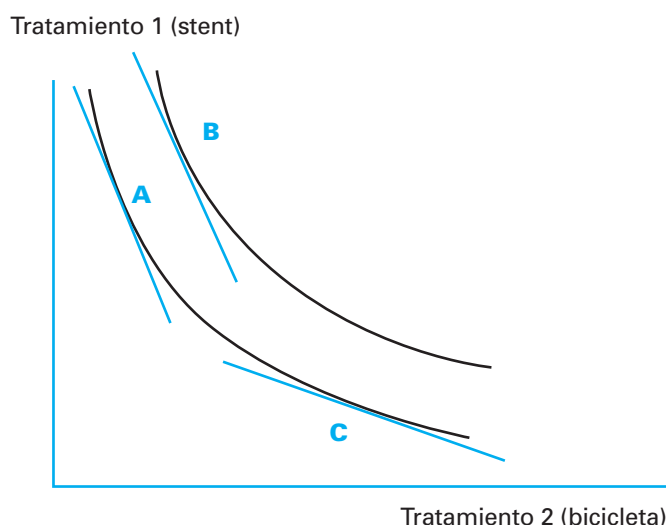
En la medida en que los copagos alteran la estructura de precios relativos, cambiarán los incentivos a la utilización de las distintas prestaciones, sanitarias y no sanitarias. Si la utilización sanitaria que se suspende por causa del copago es necesaria para el paciente e insustituible, el copago se pagará con salud. Pero puede que sea posible hacer cambios en la función de producción mediante sustituciones de inputs, moviéndose a lo largo de la misma isocuanta de salud, es decir, sin empeorar. Por ejemplo, si se impusiera a los pacientes con antecedentes cardiopáticos un copago a los stent, se fomentaría el ejercicio físico, sustituir stents por bicicletas (Hambrecht et al., 2004), como ilustramos en la figura 2. En ella, representamos la función de producción de salud cardiovascular, que se puede conseguir mediante tratamientos más o menos intensivos en inputs médico-sanitarios y en inputs propios de los estilos de vida del paciente. Un copago de los stent podría mover al paciente de A a C: cambiaría utilización sin perder salud.

LOS EFECTOS DEL COPAGO SOBRE LA SALUD DEPENDEN DE MÚLTIPLES CUESTIONES... SI LA UTILIZACIÓN SANITARIA QUE SE SUSPENDE POR CAUSA DEL COPAGO ES NECESARIA PARA EL PACIENTE E INSUSTITUIBLE, EL COPAGO SE PAGARÁ CON SALUD

El diseño de los copagos es fundamental, porque si se imponen copagos selectivos de determinados servicios, el consumo se desviará a los que sigan siendo gratuitos. Si, por ejemplo, se impusiera un euro por consulta de atención primaria, los pacientes aumentarían su frecuentación de urgencias y las consultas de especialidad.

Los copagos son incentivos dirigidos al paciente, que es uno de los dos protagonistas de la relación terapéutica y sólo parcialmente responsable de sus demandas. La calidad de la relación de agencia con el médico determinará la efectividad para modular el consumo. En este sentido, conviene diferenciar los servicios asistenciales en los que el paciente toma la iniciativa y decide de aquellos otros que el médico prescribe, es decir, la capacidad de control del paciente, en definitiva. La cuestión de si los incentivos a la adecuación deben estar dirigidos fundamentalmente al paciente o al médico está abierta en la literatura y tampoco tiene respuesta única.

Figura 2. Función de producción de salud. Curvas de isoefectividad (sin considerar la incertidumbre)



La función de demanda depende del precio que enfrenta el paciente, no de la tasa de copago. En cualquier caso, la relación de agencia modula la utilización. Si el médico no es sensible al precio que afronta su paciente, el copago no influirá en la salud porque no cambiará los patrones de utilización.

Tampoco conviene olvidar que todo afecta a todo: el copago de un tipo de prestaciones o inputs altera las proporciones de uso de todos los demás servicios y prestaciones. Si se cobra por las intervenciones quirúrgicas con ingreso, aumentarán las ambulatorias; si se cobra por consultas al médico de atención primaria, aumentarán la frecuentación de los servicios de urgencias.

Una condición necesaria, aunque no suficiente, para que los copagos sean efectivos en reducir la utilización innecesaria y, por tanto, no tengan coste en términos de efectividad o salud, es que se impongan a prestaciones que estén bajo control del paciente. Si es el médico quien decide y hay alto grado de evidencia científica sobre la indicación, los copagos no tendrán justificación en términos de salud, serán meras transferencias de renta penalizadoras de los bolsillos de los pacientes. Según este planteamiento, el abuso “iniciado por el paciente” es muy limitado en los sistemas públicos de salud (Evans). Afectaría a las visitas al médico de familia y a un porcentaje indeterminado de consultas al especialista –consultas de aquiescencia del médico de familia– y pruebas diagnósticas. Evans estima que, en Canadá, representa apenas un 1 o 2 % del gasto sanitario. Con todo, la hipótesis de que impedir el acceso directo del paciente al especialista reduce las visitas médicas y el gasto no se sustenta en la evidencia, al menos en EEUU (Escarce et al., 2001).

La intensidad del efecto del copago sobre la salud dependerá de la elasticidad precio y renta de la demanda (que cambia patrones de utilización) y de la intensidad de la relación causal entre utilización y salud, es decir, según el grado de necesidad, o efectividad, de la prestación. Sobre esta efectividad se cierne la incertidumbre, y actúa como agente amplificador de los efectos del copago. A esta cuestión, dedicamos el siguiente apartado.

La incertidumbre como amplificador de la relación entre copagos y salud. Niveles individual y poblacional

La incertidumbre sobre los resultados de los tratamientos a los pacientes individuales y sobre la efectividad de los tratamientos a las poblaciones actúa como un potente amplificador de la relación entre copagos y salud.

EL DISEÑO DE LOS COPAGOS
ES FUNDAMENTAL,
PORQUE SI SE IMPONEN
COPAGOS SELECTIVOS DE
DETERMINADOS SERVICIOS,
EL CONSUMO SE DESVIARÁ
A LOS QUE SIGAN SIENDO
GRATUITOS

A nivel agregado, la VPM que se observa entre áreas geográficas sugiere un papel relevante a la “geografía como destino”. Sabemos, con evidencia científica sólida y persistente, más allá del aquí y ahora, que en EEUU hay correlaciones positivas entre áreas en el uso de tratamientos posiblemente sustitui-

tivos, lo que sugiere que, en algunas zonas, se hace “más de todo” que en otras, indicando una posible sobreutilización de procedimientos médicos, la cual podría estar coexistiendo con la sistemática infrautilización de procedimientos efectivos. Globalmente, se ha estimado que la variabilidad en los “estilos de práctica” sería responsable en EEUU de una pérdida de bienestar cuantificada en unos 10.000 millones de dólares en 2000 (Culyer et al., 2000).

Wennberg y sus colaboradores de la Escuela de Dartmouth clasifican los servicios médicos en efectivos, sensibles a la oferta y sensibles a las preferencias (Fisher et al., 1999).

Los servicios efectivos –aquellos para los que se dispone de evidencia científica de grado A, cuya práctica está protocolizada– presentan poca variabilidad. Por ejemplo, la apendectomía. Los copagos no serían recomendables, pues no hay evidencia de que se produzca utilización innecesaria, y porque el papel del paciente en la demanda es muy débil. Los copagos de prestaciones efectivas únicamente servirían para trasladar parte de la financiación pública a financiación privada, a costa del paciente.

Los servicios sensibles a la oferta presentan alta VPM. Un caso ilustrativo son las consultas médicas al especialista. Estas, y otros procedimientos sensibles a la oferta, tienen tasas poblacionales de utilización positivamente correlacionadas con la disponibilidad de

recursos: donde hay más cardiólogos, hay más consultas de cardiología, donde hay más camas hospitalarias la frecuentación es mayor. Se podría reducir la frecuentación sin empeorar la salud. Son, pues, buenos candidatos al copago. Pero parece razonable poner más énfasis en los incentivos a los proveedores que en los copagos a los pacientes. En España, la utilización innecesaria de consultas al especialista puede tener su causa más en la falta de incentivos a la eficiencia —el médico de primaria tiene interés en “echar balones fuera” prescribiendo consultas con el especialista y pruebas diagnósticas de dudoso valor informativo, para aliviar la presión asistencial— que en el abuso genuino del paciente. Sin duda, hay consultas innecesarias que se prescriben por aquiescencia del médico de familia hacia la demanda consumista del paciente, pero no podemos cuantificar su peso. Un copago indiscriminado por consulta al especialista reduciría las necesarias y las innecesarias, impondría un coste en términos de efectividad del sistema de salud y distorsionaría los precios relativos.

Los servicios sensibles a las preferencias (por ejemplo, intervención quirúrgica de la hiperplasia benigna de próstata) también tienen altas tasas de variabilidad, pero a diferencia de las anteriores contribuyen al bienestar social, al resolver necesidades médicas. Además, encajan en el actual paradigma de la centralidad del paciente y las decisiones compartidas.

La sólida evidencia de VPM entre áreas, después de controlar por posibles diferencias en morbilidad (control por edad-sexo) sugiere que los incentivos regulatorios y las formas de pago tienen alguna influencia, pero no explican satisfactoriamente el fenómeno. Lo mismo ocurre con la de disponibilidad de recursos (explicaciones por el lado de la oferta, del tipo “una cama disponible se convierte en cama ocupada”). La hipótesis de incertidumbre es la que provee mayor grado de capacidad explicativopredictiva del fenómeno: las diferentes “escuelas” médicas no perciben de la misma forma la función de producción que transforma atención médica en salud. Las funciones de producción de salud se perciben como en la figura 3, de forma distinta por distintos equipos médicos. Los modelos bayesianos de aprendizaje médico proporcionan una explicación plausible al fenómeno de la persistencia de distintos estilos de práctica, aunque no a su aparición.

Los tratamientos sustentados por evidencia científica fuerte sobre su necesidad muestran en todos los países y zonas baja variabilidad geográfica, mientras que aquellos poco protocolizados tienen altísimas tasas de variación. Para ilustrar el tamaño de las diferencias de utilización, señalaremos que en España la cirugía de túnel carpiano presenta una ratio de tasas

LA EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE COPAGOS Y SALUD EN ESPAÑA ES PRÁCTICAMENTE INEXISTENTE. EN EL EXTERIOR, ES FRAGMENTARIA, DÉBIL, ESCASA Y, PARA PAÍSES DE SISTEMA SANITARIO PÚBLICO SIMILARES AL NUESTRO, SE CENTRA EN LOS COPAGOS DE MEDICAMENTOS

estandarizadas entre el percentil 95 y el percentil 5 igual a 62, mientras que la cirugía por fractura de fémur tiene una ratio mucho menor (Bernal, 2005).

También hay evidencia empírica de variabilidad en la utilización de recursos por médicos individuales (“estilos de práctica”). En EEUU, los médicos del decilo más alto gastan el doble que los del primer decilo, después de controlar por gravedad (edad-

sexo) de los pacientes. Si ese diferencial obedece a una mayor demanda inducida por relaciones de agencia incompletas —el médico no es agente perfecto del paciente, sino que prescribe tratamientos más o menos intensivos según su conveniencia—, hay una pérdida de bienestar social que requeriría correctivos. Los incentivos dirigidos a los proveedores parecen a priori más efectivos que los dirigidos a los pacientes. Otra posible

Figura 3. Función de producción de salud. Curvas de *isoefectividad* percibidas por las escuelas médicas A y B (bajo la hipótesis de la incertidumbre)

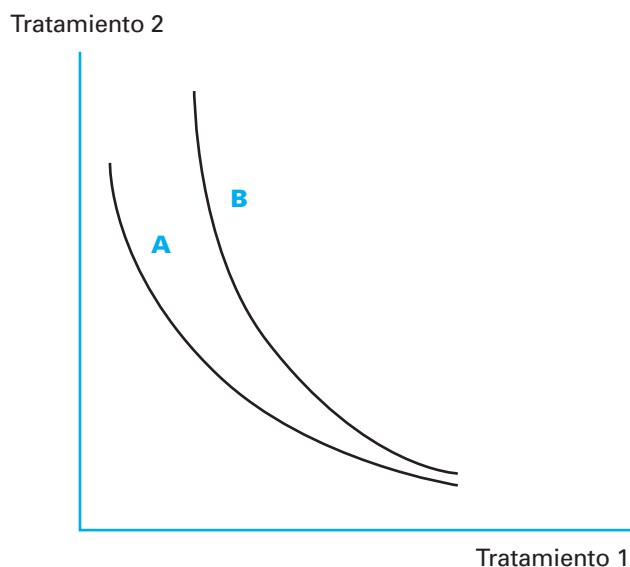
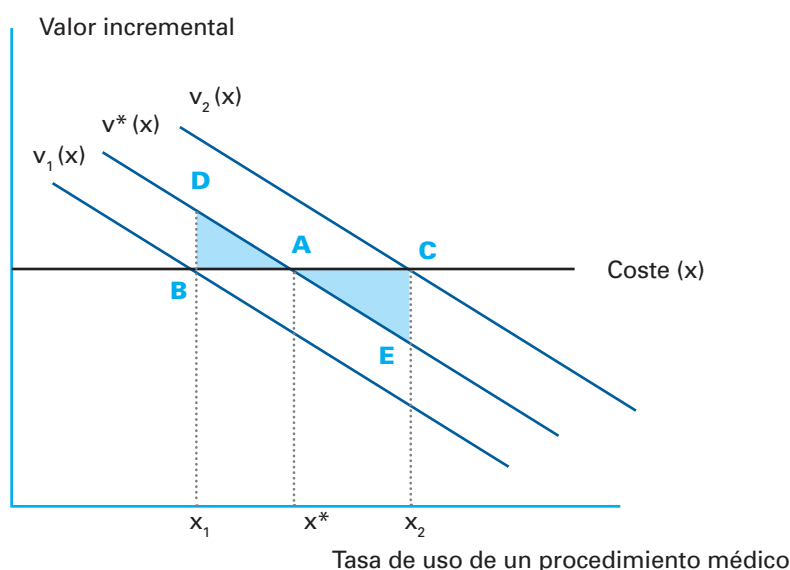


Figura 4. Pérdidas de bienestar social asociadas al uso inadecuado de procedimientos médicos

Fuente: Culyer et al., 2000



explicación de este fenómeno empírico, compatible con el bienestar social, es el sesgo de endogeneidad: los pacientes que prefieren tratamientos más agresivos eligen los médicos que más recursos utilizan.

La figura 4 refleja las pérdidas agregadas de bienestar social por el uso inadecuado de procedimientos médicos bajo ciertas hipótesis, una de las cuales es que la tasa media de utilización observada es la adecuada. Para simplificar, el coste marginal se supone constante y la relación entre tasa de uso y efectividad –valor incremental– se supone lineal. El triángulo ACE representa la pérdida de bienestar por sobreutilización inapropiada –despilfarro del recurso– es el potencial de ganancia que podría conseguirse mediante copagos. El triángulo ADB es la pérdida por infrautilización cuando el procedimiento es necesario (en pacientes para los que estaría indicado no se utiliza). Analíticamente, se demuestra que, bajo esas hipótesis, la pérdida de bienestar social aumenta en relación directa con el gasto total del tratamiento y con el cuadrado del coeficiente de variación de la tasa de utilización, e inversamente con la elasticidad precio de la demanda. Así pues, la variabilidad en la práctica médica, que reflejaría la incertidumbre sobre la efectividad (el coeficiente de variación) entra en la ecuación que mide la pérdida del bienestar social. El problema es menos grave en los tratamientos más necesarios –insulina para el diabético–, que son muy inelásticos al precio.

Este resultado analítico fundamenta tres recomendaciones básicas para orientar las decisiones sobre copagos de la asistencia sanitaria: 1) conviene reducir variabilidad atajando sus causas, particularmente reduciendo la incertidumbre mediante investigación clínica

(protocolización, guías clínicas, conferencias de consenso) pero también posiblemente incentivando a proveedores y en menor medida, a pacientes; 2) los servicios de baja elasticidad precio de la demanda, los que son médicamente necesarios, no deben sufrir copagos porque no hay problema de pérdida de bienestar social asociado a su utilización; 3) los copagos serían más efectivos para reducir pérdidas de bienestar en los servicios muy costosos –provocando, sin embargo, problemas de equidad– y en los de uso generalizado por la población (por ejemplo, las consultas médicas).

6. En busca de evidencia empírica. Revisión de la literatura

La evidencia empírica sobre copagos y salud en España es prácticamente inexistente. En el exterior, es fragmentaria, débil, escasa y, para países de sistema sanitario público similares al nuestro, se centra en los copagos de medicamentos. La sustitución entre inputs (medicamentos por visitas médicas y hospitalizaciones) cuando se impone copago de los fármacos se evidencia, por ejemplo, para el caso de los ancianos con artritis reumatoide (Anis et al., 2005).

Con esas contadas excepciones, hay una alarmante falta de evidencia que en parte se debe a dificulta-

EL TEMA DE LOS COPAGOS
DEBERÍA DEJAR DE SER
UN TABÚ EN LA POLÍTICA
ESPAÑOLA

des metodológicas insalvables. Apenas hay experimentos naturales, ni mucho menos diseños experimentales ad hoc, para orientar el futuro a partir de lo ocurrido en el pasado. Hay alguna evidencia sobre reducciones de uso debidas al copago, que se referencia en los capítulos de Marisol Rodríguez y de Jaume Puig.

Pero las dificultades metodológicas en el diseño de estos estudios reducen su validez científica. Los experimentos son escasísimos y costosos, con el paradigmático experimento Rand ya lejano en el tiempo y en el espacio, para ser asimilado, por analogía, a España, por mucho que se quiera reivindicar su actualidad (Newhouse, 2004). Los experimentos naturales se producen raramente, permitiendo contrastar el antes y el después, y las publicaciones más frecuentes son estudios observacionales con sus sesgos y problemas de estimación.

Uno de esos raros experimentos naturales se produjo en Québec, y permitió analizar efectos de la introducción del copago de medicamentos sobre la utilización y sobre la salud (Contoyannis et al., 2005; Tamblyn et al., 2001). Se detectó un aumento significativo de efectos adversos (emergencias, hospitalizaciones, ingreso en asilos, muerte) asociados a la reducción del consumo, que fue mayor para los medicamentos no esenciales pero significativo también para los esenciales.

Otro experimento natural previo se produjo en la provincia canadiense de Saskatchewan, donde en 1968 se impusieron tasas de copago a las consultas médicas (33%) y a la hospitalización (6%). Tras siete años, se suprimieron. Si bien se apreció una reducción del uso anual de los servicios médicos en torno al 6%, no se apreció cambio significativo en la utilización hospitalaria (Beck et al., 1980). Nada se publicó que sepamos sobre impactos en salud.

El experimento Rand, que se describe en otros capítulos de este libro, aportó evidencia clara de que los copagos de consultas y de hospitalización afectan a la utilización, también entre los pacientes más enfermos (Shapiro et al., 1986). También influye el copago en el

UN VALOR AÑADIDO... SERÍA
IMBUIR A LA SOCIEDAD DE
LA CONCIENCIA DEL COSTE
Y DE LA ESCASEZ, EN UNA
NUEVA CULTURA DEL PAGO
(CONCIENCIA DE QUE LOS
SERVICIOS SANITARIOS
CUESTAN, LOS PAGUE QUIEN
LOS PAGUE)

uso de medicamentos (por ejemplo, antibióticos) esenciales y no esenciales (Foxman et al., 1987). Menor es la evidencia de la Rand sobre relación entre copagos y salud, e incluso contraria a la esperada. Así, los pacientes con copago tuvieron menos días al año de restricción de actividades cotidianas por causa de la salud, si bien no hubo diferencias significativas en los días de absentismo laboral entre regímenes de copago (Rogers et al., 1991). No parece que las posibles diferencias en resultados de salud entre los pacientes sometidos a copago y los de asistencia gratuita fueran abismales según los resultados del experimento Rand (Brook et al., 1990; Valdez et al., 1989), aunque se encontraron diferencias significativas en algunas dimensiones de la salud, como la agudeza visual, a favor de los pacientes sin copago, particularmente entre las familias de baja renta (Lurie et al., 1989). En síntesis, del experimento de la Rand se concluye que los efectos del copago sobre la salud son estadísticamente indetectables para el paciente promedio y significativos, pero reducidos, para las familias pobres –que por otra parte están cubiertas por los planes públicos de seguro en EEUU– (Brook et al., 1983). Convendría, además, revisar la metodología de esas estimaciones de los años ochenta, con tamaños muestrales que hoy consideraríamos bajos (en el estudio de Brook, entraron menos de 4000 personas entre 14 y 61 años), que utilizaban medidas de impacto sobre la salud poco sofisticadas –agudeza visual, tensión arterial– o basados en mortalidad más que en calidad de vida. Los resultados de las estimaciones resultan bastante imprecisos.

Tampoco se ha podido apreciar ningún impacto de la introducción de Medicare (cobertura universal de los mayores de 66 años en EEUU) durante los primeros diez años de existencia (1965-1975) sobre la mortalidad de ese grupo poblacional, aunque sí una apreciable reducción de sus gastos de bolsillo en salud (Finkelstein et al., 2005).

LAS POLÍTICAS Y LOS
DISEÑOS DEL COPAGO EN
ESPAÑA TENDRÁN QUE
BASARSE EN LA LÓGICA
ESPECULATIVA, EN EL
ANÁLISIS TEÓRICO DE
EFECTOS ESPERADOS Y EN EL
SENTIDO COMÚN

La falta de evidencia empírica contundente aplicable a España pone en riesgo los ejercicios del tipo ¿Qué ocurriría si...? Con todo, en el siguiente y último apartado nos arriesgamos a aplicar nuestra reflexión al tema para aportar algunas recomendaciones para las políticas de copagos.

7. Dilemas y recomendaciones para las políticas de salud. Qué evitar, qué procurar, cómo hacerlo

El tema de los copagos debería dejar de ser un tabú en la política española. Afortunadamente, libros como este contribuyen a destapar esta caja de los truenos. Poner el tema sobre la mesa de debate no implica que los copagos deban, ni vayan a ser aprobados. Se trata de un ejercicio intelectual muy sano, ya que aunque hay consenso sobre la injusticia de los copagos actuales de medicamentos (el pensionista rico que no paga frente al parado pobre que paga el 40%; por qué los funcionarios tienen diez puntos porcentuales de ventaja sobre el resto de trabajadores), su revisión está tácitamente prohibida en el debate político. Por otra parte, los costes políticos, en términos electorales, convierten el tema en inviable para ser afrontado en solitario por el partido del gobierno. Requieren consenso, tal vez en un marco más general de pacto por la sanidad y cambios organizativos y de coordinación del Sistema Nacional de Salud (González López-Valcárcel et al., 2006).

Un valor añadido por este debate sería imbuir a la sociedad de la conciencia del coste y de la escasez, en una nueva cultura del pago (conciencia de que los servicios sanitarios cuestan, los pague quien los pague).

Las prestaciones no cubiertas por el aseguramiento público tienen un copago del 100%. El tabú del copago también impide abordar con valentía y sin complejos el debate sobre la cartera de servicios en España. Históricamente, la salud mental y la atención a la dependencia (lo "socio-sanitario") quedaban excluidos y aunque han ido entrando parcialmente y paulatinamente, con grandes diferencias entre CCAA, existen lagunas de las que se quejan las asociaciones de pacientes y hay poca transparencia en las reglas del juego de la cobertura. Las incorporaciones a la cartera de servicios de nuevas prestaciones suponen, en la práctica, reducir el copago. Para hacerlo, en un juego presupuestario "de suma cero", se podrían considerar posibilidades de financiación provenientes de otros (nuevos) copagos y exclusiones de la cartera de servicios.

Puesto que hay una alarmante falta de evidencia empírica sobre los efectos del copago en la salud, y la que hay se refiere a entornos espaciales y temporales distantes y distintos, las políticas y los diseños del copago en España tendrán que basarse en la lógica especulativa, en el análisis teórico de efectos esperados y en el sentido común. Algunas recomendaciones

LOS COPAGOS DEBERÍAN
SER INSTRUMENTOS DE
LAS POLÍTICAS DE SALUD
CON REGLAS DEL JUEGO
SENCILLAS Y CLARAS,
QUE NO INTRODUZCAN
DISTORSIONES Y
CORTOCIRCUITOS
ASISTENCIALES
INCONTROLABLES

en negativo –qué evitar– y otras en positivo –qué hacer– se basan en argumentos científicos sólidos, aunque teóricos.

Los programas de cribado poblacional coste-efectivos, como parte esencial de las políticas de salud, deberían quedar en cualquier caso al margen de los copagos para las personas del grupo

diana, aunque fuera de él pudieran considerarse pruebas electivas complementarias eventualmente sujetas, en su caso, a copago. De forma más general, las prestaciones sanitarias personales que implican externalidades en beneficios –vacunas, por ejemplo– deben estar exentas de copago.

El diseño óptimo del copago debe tener en cuenta las discontinuidades en los costes. Imponer copagos tiene costes fijos (reorganización administrativa, costes generales de la infraestructura de gestión de pagos y cobros, etc.). Se trata de encontrar un equilibrio entre la generalización y la excepcionalidad. Conviene admitir la posibilidad de contemplar excepciones de base personal –a los grupos de población vulnerables, ancianos, niños, pobres y/o médica–, –pacientes con tal o cual enfermedad–, y tal vez para algunas enfermedades y procedimientos –los copagos a los crónicos–. Cuanta mayor sea la excepcionalidad, más complejo será el diseño y más difícil de gestionar.

En cualquier caso, el sistema ha de garantizar que los pagos son financieramente afrontables para los pacientes más vulnerables y no limitan el uso de servicios y procedimientos efectivos. El peor de los mundos sería aquel en que los copagos redujeran la utilización necesaria de procedimientos esenciales, empeorando la salud y obligando a mayores gastos asistenciales en el futuro para tratar las complicaciones.

La financiación pública de algunas prestaciones no está justificada, ni desde la perspectiva de la eficiencia ni desde la equidad. Esto ocurre cuando los fallos del mercado que legitiman la provisión y financiación pública no son graves, como, por ejemplo, en el caso de la cirugía estética. En ella, el paciente es el mejor juez de su bienestar y el mercado asigna eficientemente

los recursos sin generar desigualdades socialmente intolerables. La belleza no es, de momento, un bien de mérito en España. El debate sobre la posible provisión por la red pública de estos servicios ajenos a la cartera pública, financiados privadamente, está abierto.

Los copagos deberían ser instrumentos de las políticas de salud con reglas del juego sencillas y claras, que no introduzcan distorsiones y cortocircuitos asistenciales incontrolables. No será fácil resolver esta tensión entre automatismo y flexibilidad. Por una parte, los copagos automáticos (por ejemplo, un euro por consulta) son fáciles y su gestión administrativa cuesta poco, pero no diferencian entre utilización necesaria e innecesaria. La flexibilidad implica discrecionalidad y posibilidad de error, y puede socavar la relación de confianza médico-paciente, sobre todo si el primero ha de cumplir una función juzgadora (médico centinela). Cuanto más complejas sean las políticas públicas, más difíciles de evaluar (Subirats, 2005). Inevitablemente, los diseños de los copagos han de tener cierto nivel de complejidad con el fin de maximizar los efectos beneficiosos y evitar o minimizar los efectos secundarios adversos.

Una ventaja de los copagos es que predisponen a mejorar la relación de agencia médico-paciente. Puesto que el médico prescribe servicios que para el paciente empiezan a tener coste, el médico tendrá que rendirle cuentas.

Una consideración de gran importancia es la interconexión entre los distintos servicios y prestaciones asistenciales, y los efectos de sustitución que se producirán, como ha demostrado la práctica insistentemente, si se distorsionan los precios relativos imponiendo copagos a unos servicios y eximiendo a otros. El diseño de los copagos debería tener en cuenta que los inputs de la atención sanitaria (medicamentos, visitas médicas, hospitalizaciones) son complementarios. Por ejemplo, no deberían imponerse copagos únicamente a las consultas de atención primaria porque se provocará una desviación importante de la demanda hacia las consultas de especialidad y de urgencias, menos efectivas para resolver los proble-

EL PEOR DE LOS MUNDOS
SERÍA AQUEL EN QUE LOS
COPAGOS REDUJERAN LA
UTILIZACIÓN NECESARIA
DE PROCEDIMIENTOS
ESENCIALES, EMPEORANDO
LA SALUD Y OBLIGANDO
A MAYORES GASTOS
ASISTENCIALES EN EL
FUTURO PARA TRATAR LAS
COMPLICACIONES

mas de salud que competen a la atención primaria y más caras.

A priori no hay objeción a los copagos voluntarios de prestaciones complementarias o "extras" que no afectan a la salud sino a dimensiones de comodidad o rapidez. Desde la perspectiva del análisis económico pueden llevar a una mejora paretiana (nadie pierde, alguien gana). La condición, que en la práctica no está garantizada, es que las prestaciones "básicas" incluidas en la póliza pública no se degraden (que sean realmente copagos voluntarios, que no se pase a tener como estándar la habitación cuádruple en los hospitales públicos). Pagar por esperar menos en servicios no esenciales es una cuestión que requiere del consenso social. Si atenta contra el criterio de equidad socialmente vigente (como lo haría sin duda, por ejemplo, que pagando te suban en la lista de espera de trasplante) ya no hay más que hablar.

Se podrían imponer pequeños copagos por servicios de alta frecuencia, ejemplo el euro por consulta (diferenciando tal vez entre AP y especialista, para señalar el mayor coste de las consultas al especialista), incluyendo las de urgencias que se califiquen como "no urgentes". Habría que contemplar ciertas excepciones personales para evitar el fraude por los grupos más vulnerables. Es posible, sin embargo, que una tasa muy baja no desalentara el consumo innecesario, pero impusiera costes de administración y recaudación mayores que los ingresos. Sin aumentar los recursos de la sanidad, tolerando a la Administración, soportando un coste político alto, no produciría efectos nocivos para la salud pero tampoco racionalizaría la asignación de los recursos.

Estos hipotéticos copagos de las visitas médicas deberían, en su caso, ir precedidos de una reorganización a fondo de los flujos asistenciales, empezando por desbrozar en la atención primaria las visitas burocráticas de las clínicas.

ES POSIBLE, SIN EMBARGO,
QUE UNA TASA MUY BAJA
NO DESALENTARA EL
CONSUMO INNECESARIO,
PERO IMPUSIERA COSTES
DE ADMINISTRACIÓN Y
RECAUDACIÓN MAYORES
QUE LOS INGRESOS

Ahora bien, habría que monitorizar el riesgo de vulnerar la equidad del sistema sanitario. Incluso sin copagos, actualmente, hay evidencias de desigualdades en el acceso (utilización) sanitario entre grupos sociodemográficos en los países con sistema universal público de salud. Las visitas al especialista

tienen un gradiente socioeconómico a favor de los más favorecidos en la mayor parte de los países desarrollados (Van et al., 2006).

Los copagos selectivos podrían ser un instrumento de señalización e incentivo al consumo de los servicios más necesarios, que se combinaría con los mecanismos preexistentes de priorización según necesidad (que espere más el que lo necesite menos). Lo ideal sería imponer copagos selectivos modulados por necesidad médica (efectividad esperada), pero en la práctica no resultará fácil. Lo deseable en este sentido sería, pues, que el copago estuviera en función de la efectividad; que el paciente tuviera que pagar, por ejemplo, únicamente las consultas innecesarias. Pero esto requeriría un cambio organizativo de gran calado en la red asistencial, que pase por diferenciar las consultas burocráticas de las médicas. Además, está el problema de quién y cómo evalúa si cada consulta ha sido o no necesaria. No es prudente ni eficiente socavar la relación de agencia—confianza— entre el médico y el paciente convirtiendo al primero en el juez más que el consejero del segundo, ni conviene recargar todavía más la agenda de trabajo y la lista de tareas del médico.

Hay dos grupos demográficamente identificables de población a los que la pobreza afecta específica-

LOS COPAGOS NO DEBEN PONER EN RIESGO LA RELACIÓN DE CONFIANZA MÉDICO-PACIENTE NI ATENTAR CONTRA LA ÉTICA MÉDICA

mente en España, los jóvenes en busca del primer empleo (paraguas de soporte familiar y políticas de renta/consumo/sociales específicas: vivienda) y los ancianos que sólo subsisten gracias a la pensión. Cuando más ancianos, menor la

cuantía promedio de la pensión. En muchos casos, están en el límite de la línea de pobreza.

Los copagos no deben poner en riesgo la relación de confianza médicopaciente ni atentare contra la ética médica. Los efectos secundarios de un copago en el que el médico es juez de su paciente y lo premia o castiga (imponiendo un copago) según su conducta, como por ejemplo en el plan Medicaid de West Virginia, pueden anular los hipotéticos efectos beneficiosos sobre la salud.

A largo plazo, la mejor arma contra la utilización inapropiada es reducir la incertidumbre y con ella, la VPM. Invertir en investigación es invertir en futuro. ●

45

Referencias bibliográficas

Anis, A. H.; Guh, D. P.; Lacaille, D.; Marra, C. A.; Rashidi, A. A.; Li, X.; Esdaile, J. M. *When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions*. CMAJ 2005; 173(11): 1335-1340

Beck, R. G.; Horne, J. M. *Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment*. Med Care 1980; 18(8): 787-806

Bernal, E. *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica 1[1 y 2]. 2005. RefType: Journal (Full)

Bishop, G.; Brodkey, A. *Personal Responsibility and Physician Responsibility—West Virginia's Medicaid Plan*. N Engl.J Med 2006; 355(8): 756-757

Brook, R. H.; Kamberg, C. J.; Lohr, K. N.; Goldberg, G. A.; Keeler, E. B.; Newhouse, J. P. *Quality of ambulatory care. Epidemiology and comparison by insurance status and income*. Med Care 1990; 28(5): 392-433.

Brook, R.H.; Ware, J. E. Jr.; Rogers, W. H., Keeler, E. B.; Davies, A. R.; Donald, C. A.; Goldberg, G. A.; Lohr, K. N.; Masthay, P. C.; Newhouse, J. P. *Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial*. N Engl.J Med 1983; 309(23): 1426-1434

Contoyannis, P.; Hurley, J.; Grootendorst, P.; Jeon, S. H.; Tamblyn, R. *Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada*. Health Econ 2005; 14(9): 909-923

Culyer, A.; Newhouse, J. P. *Handbook of Health Economics*. Elsevier. 2000

Escarce, J. J.; Kapur, K.; Joyce, G. F.; Van Vorst, K. A. *Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements*. Health Serv.Res 2001; 36(6 Pt 1): 1037-1057

Finkelstein, A.; McKnight, R. *What Did Medicare Do (And Was It Worth It)?* NBER Working Papers 2005. W11609

Fisher, E. S.; Welch, H. G. *Avoiding the unintended consequences of growth in medical care - How might more be worse?* JAMA 1999; 281(5): 446-453

Foxman, B.; Valdez, R. B.; Lohr, K. N.; Goldberg, G. A.; Newhouse, J. P.; Brook, R. H. *The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial.* J Chronic Dis 1987; 40(5): 429-437

González López-Valcárcel, B. *Los seguros en la financiación pública de medicamentos.* En J. Puig (ed.): *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos.* Barcelona: Masson, 2002

González López-Valcárcel, B.; Barber, P. *Desigualdades territoriales en el SNS de España. Entre lo deseable, lo tolerable, y lo excesivo.* Documento de Trabajo, 2006. Madrid, Fundación Alternativas

Hambrech, R.; Walther, C.; Mobius-Winkler, S.; Gielen, S.; Linke, A.; Conradi, K.; Erbs, S.; Kluge, R.; Kerdziorra, K.; Sabri, O.; Sick, P.; and Schuler, G. *Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial.* Circulation 2004; 109(11): 1371-1378

Jemai, N.; Thomson, N.; Mossialos, E. *An overview of cost sharing for health services in the European Union.* Euro Observer 2004; 4(3)

Lurie, N.; Kamberg, C. J.; Brook, R. H.; Keeler, E. B.; Newhouse, J. P. *How free care improved vision in the health insurance experiment.* Am J Public Health 1989; 79(5): 640-642

Newhouse, J. P. *Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment.* Health Aff (Millwood.) 2004; 23(6): 107-113

Ortún, V. *La práctica dual público-privada en sanidad.* Gestión Clínica y Sanitaria 2006; 8(2): 43-45

Puig-Junoy, J. *Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y porqué.* Hacienda Pública Española 2001; 158-3: 105-34

Rogers, W. H.; O'Rourke, T. W.; Ware, J. E. Jr.; Brook, R. H.; Newhouse, J. P. *Effects of cost sharing in health insurance on disability days.* Health Policy 1991; 18(2): 131-139

Shapiro, M. F.; Ware, J. E. Jr.; Sherbourne, C. D. *Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Results of a randomized controlled trial.* Ann Intern Med 1986; 104(2): 246-251

Subirats, J. *Catorce puntos esenciales sobre la evaluación de las políticas públicas con especial referencia al caso de las políticas sociales.* Ekonomiaz 2005; 60(1): 18-37

Tamblyn, R.; Laprise, R.; Hanley, J. A.; Abrahamowicz, M.; Scott, S.; Mayo, N.; Hurley, J.; Grad, R.; Latimer, E.; Perreault, R.; McLeod, P.; Huang, A.; Larochelle, P.; Mallet, L. *Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons.* JAMA 2001; 285(4): 421-429

Valdez, R. B.; Ware, J. E. Jr.; Manning, W. G.; Brook, R. H.; Rogers, W. H.; Goldberg, G. A.; Newhouse, J. P. *Prepaid group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: results from a controlled trial.* Pediatrics 1989; 83(2): 168-180

Van, D. E.; Masseria, C.; Koolman, X. *Inequalities in access to medical care by income in developed countries.* CMAJ 2006; 174(2): 177-183

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Y ALTERNATIVAS PARA SU MEJORA¹

*Federación de Asociaciones para la Defensa
de la Sanidad Pública*

La Sanidad Pública es, con la educación y las pensiones, uno de los pilares del Estado del Bienestar y en esencia es un ejercicio de solidaridad de los más sanos y con mayores recursos económicos con quienes están más enfermos y tienen menos recursos. El carácter público es fundamental tanto en su financiación como en su provisión porque es lo que asegura la cobertura de las necesidades de salud y no de los intereses del mercado y permite la equidad, solidaridad y accesibilidad que son las bases de cualquier sistema de protección social.

Si esto es así en cualquier momento, la crisis económica le confiere una importancia especial porque es una situación en que la necesidad de cuidados de salud se incrementa (es bien conocido que la enfermedad aumenta en relación con el paro y pobreza) y además un porcentaje creciente de la población carece de capacidad económica para buscar atención alternativa en la medicina privada.

En nuestro país corren malos tiempos para la Sanidad Pública y ello resulta bastante paradójico, porque tenemos un sistema sanitario que tiene una gran consideración internacional por su accesibilidad, cobertura universal, gratuidad en el momento del uso y prestaciones de gran calidad, a más de hacerlo a unos costes muy bajos.

No obstante conviene no perder de vista que existen bastantes problemas que habría que solventar. Los principales serían:

1. Problemas de financiación

El sistema sanitario está subfinanciado crónicamente, pero además, a partir de las transferencias han sido las CCAA las que han tomado las decisiones sobre los presupuestos que se dedicaban a la sanidad, de manera que se ha abierto una gran brecha entre ellas. Por poner solo un ej, para 2009 el presupuesto per cápita aprobado oscila entre 1.125,33 € (Valencia) y 1.595,28 € (País Vasco) con un promedio de 1.351,57 €. Esta diferencia entre los máximos y mínimos lejos de haberse disminuido ha aumentado desde la finalización de las transferencias, tal y como se recoge en la tabla siguiente, donde se observa que el % de diferencia sobre la media se ha incrementado en 11,96 puntos desde entonces.

Presupuestos sanitarios CCAA (€/habitante/año)	2002	2009
Media	836,90	1351,57
Máximo	943,80	1595,98
Mínimo	752,44	1125,33
Diferencia entre máximo y mínimo	191,36	470,65
% de diferencia sobre la media	22,86	34,82

Elaboración propia (Fuente: Presupuestos CCAA e INE)

Naturalmente estas diferencias tan acusadas de financiación favorecen diferencias también cada vez mayores en dotación (profesionales de medicina y

¹Publicado en www.fadsp.org

enfermería, camas, etc.) lo que a la postre produce distorsiones en el funcionamiento del sistema (listas de espera, etc.) y rompe con la equidad y la accesibilidad del sistema de salud.

Entre las principales causas de esta situación, que pone en peligro al sistema sanitario, estarían:

- El bajo nivel del gasto público en España, sobre todo si lo comparamos con los países europeos desarrollados de la UE-15 (38,8% frente a 46,1 %

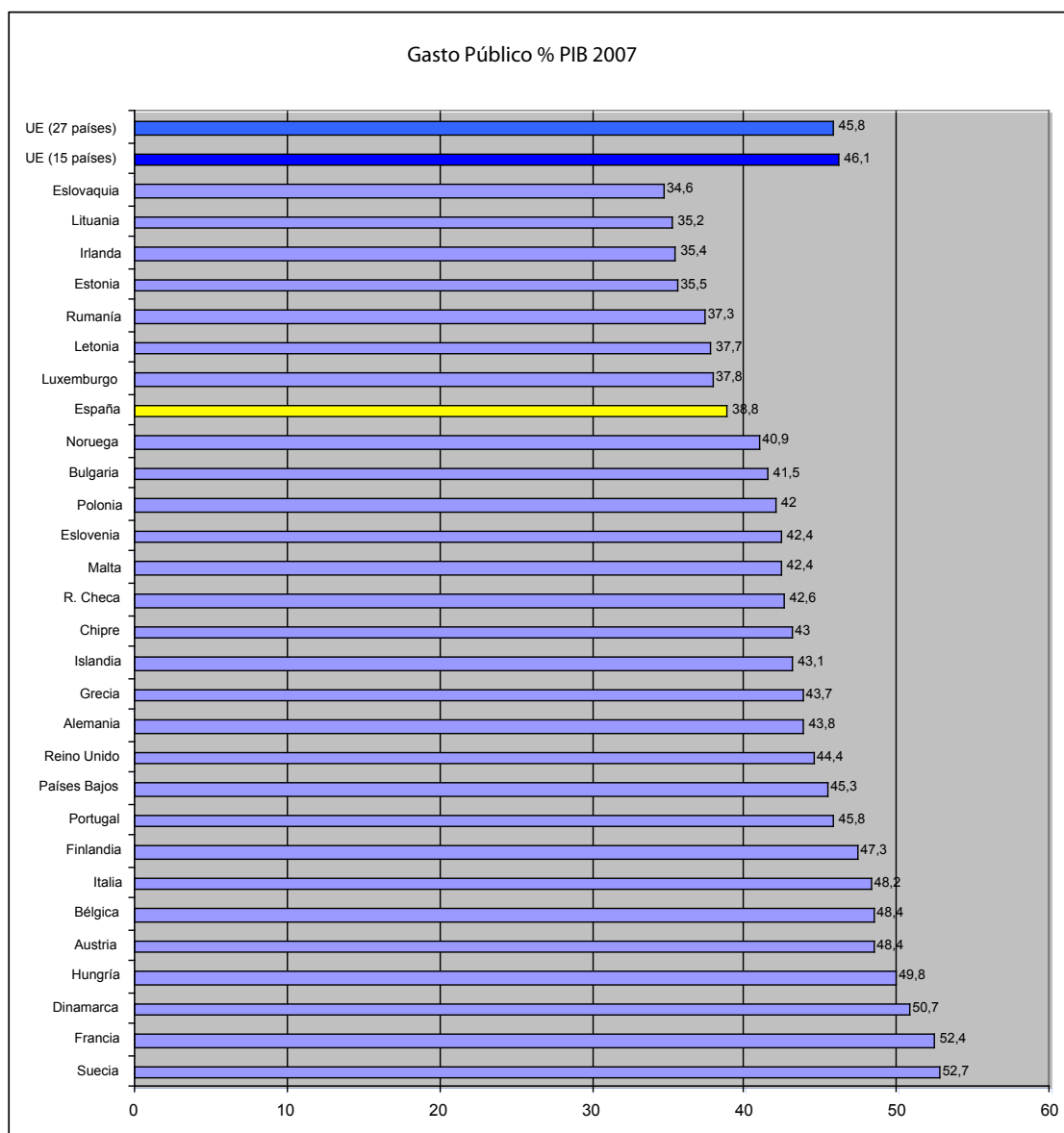
lo que supone un 15,8% menos en el año 2007), y que tiene como consecuencia que se destine a sanidad pública un punto menos de PIB respecto de los mismos (5,7% frente a 6,7% en 2007).

Entre los motivos que explican esta situación están la baja presión fiscal (45,6% frente a 40,2 de media de la UE-15 en 2005) y un menor endeudamiento público (36,2% del PIB en el período 1994-2007, un 40% inferior al de dichos países). Podemos decir en base a esto que España es uno de los países más neoliberales

Gasto público general en la Unión Europea. Porcentaje del PIB, 1990-2007

España	44,4	43,2	41,6	41,1	39,9	39,1	38,6	38,9	38,4	38,9	38,4	38,5	38,8
UE (15 países)	52,4	50,1	48,4	47,5	47,0	45,4	46,4	46,8	47,5	47,1	47,2	46,6	46,1

Fuente: Eurostat



Fuente: Eurostat

Gasto sanitario público en % de PIB

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
España	5,2	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,7
UE-15	6	6,1	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7
UE-25	:	:	:	6,4	6,4	6,6	6,6

Fuente: Eurostat. 2009

Presión Fiscal. Ingresos totales por impuestos y contribuciones sociales como porcentaje del PIB. Países de la UE-25, 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
España	33,5	33,9	33,9	34,5	35,6
UE (25 países)	40,3	39,6	39,6	39,5	39,9
UE (15 países)	40,5	39,9	39,9	39,8	40,2

Fuente: Observatorio Social de España 2008

de la UE y que esta orientación de la política económica explica los problemas de uno de los pilares del Estado del Bienestar como es la sanidad pública.

- El modelo de financiación autonómica y sanitaria esta basada en un conjunto de impuestos transferidos, en su mayor parte indirectos, que gravan la actividad económica en detrimento de las CCAA de menor nivel de desarrollo y que son muy sensibles a la reducción de actividad comercial y productiva consecuencia de la actual crisis.
- El incremento de población no contemplado por este modelo de financiación (aprobado en 2001) tuvo como referente para el reparto de recursos la población de 1999 y no ha tenido en cuenta la llegada de inmigrantes de los últimos años (la población española pasó de 41 millones en 2002 a 45,3 en 2008) que ha supuesto casi 5 millones más de usuarios.
- La crisis económica que ha reducido el crecimiento del PIB del 3% anual a valores negativos (cada punto de PIB supone un billón de euros) lo que supone una reducción de 73.500 millones de euros

EL CARÁCTER PÚBLICO
[DE LA SANIDAD] ES
FUNDAMENTAL TANTO EN
SU FINANCIACIÓN COMO
EN SU PROVISIÓN PORQUE
ASEGURA LA COBERTURA DE
LAS NECESIDADES DE SALUD
Y NO DE LOS INTERESES DEL
MERCADO

para la financiación sanitaria del conjunto del Estado. Esta reducción tan importante vendría a agravar aún más el déficit que soportan las CCAA y que algunos expertos estiman en 13.300 millones y coincide con un incremento de las necesidades asistenciales como consecuencia del paro y del empobrecimiento de la crisis (CCOO asegura que cada millón de parados generará 167.000 enfermos y 6.000 suicidios en los próximos diez años).

- El gasto sanitario no responde a criterios de racionalidad y está hegemonizado por los hospitales (53%) y farmacia (23%) en detrimento del de Atención Primaria (15%) y Salud Pública (1,5%).

2. Política farmacéutica

En España tenemos un gasto farmacéutico muy elevado que se sitúa en torno al 25% del gasto sanitario público, aunque habitualmente solo se conoce el gasto financiado con recetas de la seguridad social, por cierto que es fácilmente accesible mensualmente en la pagina web del ministerio de Sanidad, en contraste con el gasto hospitalario que es desconocido para el publico en parte debido a que es competencia de las distintas CCAA. El crecimiento del gasto farmacéutico se encuentra en unos márgenes alrededor del 6% anual (el de las recetas) y el hospitalario en torno al 14% (el último dato conocido es el del estudio sobre gasto sanitario del Ministerio de Hacienda de 2008 con datos de 2006), pero hay una percepción de que el gasto hospitalario ha continuado creciendo en cifras probablemente superiores.

El tema es muy grave porque debemos de tener en cuenta que los aumentos presupuestarios de la Sanidad en las CCAA para 2009 se sitúan en un 2,9% de promedio lo que significaría que, de mantenerse esta tendencia de aumento en el gasto farmacéutico, éste se comería una parte creciente del presupuesto y quedaría una parte cada vez menor para la asistencia sanitaria.

No menos cierto es que el gasto sanitario per cápita tiene una

PRINCIPALES CAUSAS...
QUE PONEN EN PELIGRO AL
SISTEMA SANITARIO:
EL BAJO NIVEL DE GASTO
PÚBLICO
EL MODELO DE
FINANCIACIÓN
AUTONÓMICA Y SANITARIA
EL INCREMENTO
DE POBLACIÓN NO
CONTEMPLADO POR ESTE
MODELO DE FINANCIACIÓN
LA CRISIS ECONÓMICA

irregular distribución entre CCAA, en parte seguramente influenciado por el envejecimiento de la población que no se distribuye homogéneamente entre ellas (es conocido que a mayor edad existe una mayor prevalencia de enfermedades y por lo tanto un mayor consumo de fármacos).

La tabla siguiente recoge el gasto farmacéutico per cápita en 2008, el crecimiento del mismo sobre 2007, el porcentaje del gasto farmacéutico sobre el presupuesto y el porcentaje de gasto en genéricos por CCAA (en negrita los máximos y mínimos para cada categoría).

Aparte de esta distribución autonómica irregular, nuestro país tiene además algunas anomalías respecto al gasto farmacéutico que deberían de corregirse:

- a) Genéricos: El porcentaje de genéricos sobre el gasto farmacéutico es bastante bajo en comparación con los demás países europeos (en Europa se mueven en torno al 20%, con máximos del 25-30% en Reino Unido y Alemania).

	Gasto farmacéutico per capita (€/año)	Aumento GF 08/07 (%)	% Gasto farmacéutico	% Genéricos
Andalucía	239,46	6,85	20,04%	14,47
Aragón	294,90	8,05	20,78%	6,65
Asturias	313,40	6,95	21,51%	7,26
Baleares	197,05	6,97	16,84%	11,80
Canarias	256,06	9,28	18,14%	5,50
Cantabria	264,26	6,97	19,43%	9,57
Castilla y León	275,47	7,86	21,51%	10,07
Castilla La Mancha	285,82	8,71	21,37%	9,05
Cataluña	250,02	7,14	19,92%	11,37
Comunidad Valenciana	308,74	7,40	27,43%	5,51
Extremadura	300,09	6,12	19,05%	7,73
Galicia	312,28	6,87	22,95%	3,93
Madrid	198,84	5,20	17,50%	11,77
Murcia	291,76	7,97	21,47%	5
Navarra	254,04	5,98	17,44%	7,39
País Vasco	261,01	6,00	16,35%	9,62
La Rioja	265,28	9,13	17,84%	6,26
Media	268,73	6,87	19,88%	9,20
IC 95%	250,68 – 286,78	6,67 – 7,84		

b) Distribución/dispensación: En España las oficinas de farmacia tienen porcentajes de beneficios excesivos (>30%) sobre todo si se tiene en cuenta que se trata de negocios comerciales en régimen de casi – monopolio (apertura regulada y restringida); por otro lado la distribución (que en general también esta controlada por los farmacéuticos con oficina de farmacia) tiene grandes márgenes y utiliza en ocasiones practicas ilegales como las bonificaciones que no se controlan.

EL GASTO SANITARIO NO RESPONDE A CRITERIOS DE RACIONALIDAD Y ESTÁ HEGEMONIZADO POR LOS HOSPITALES (53%) Y FARMACIA (23%), EN DETRIMENTO DEL DE ATENCIÓN PRIMARIA (15%) Y SALUD PÚBLICA

c) Marketing sin control: la industria bombardea a los profesionales con todo tipo de regalos/corruptelas (desde bolígrafos a comidas, viajes a congresos nacionales e internacionales), que influyen en la prescripción y encarecen el precio (aproximadamente un 30% del PVP se gasta en estas iniciativas).

d) “Deformación” a cargo de la industria: las farmacéuticas esponsorizan todo tipo de actividades formativas, siempre y cuando coincidan con sus intereses. Lo mismo pasa con la investigación.

3. Irracionalidad en la utilización de los recursos

● Variabilidad no justificada (los ingresos hospitalarios por mil habitantes oscilan entre 97,8 en Castilla-La Mancha y los 153,4 de Baleares o los actos quirúrgicos por mil habitantes entre 71,8 en Cantabria a 114 en Cataluña)

- Uso intensivo de tecnología sin mejora de la salud
- El 15% de las decisiones clínicas no se basan en evidencia científicamente probada
- España es el País Europeo con la tasa mayor de uso de antibióticos, y también uno en donde más resistencias a los mismos se han evidenciado)
- El 9,3% de los pacientes ingresados en los hospitales presenta algún efecto adverso
- Las diferencias en las tasas poblacionales de utilización de procedimientos o tecnologías son muy importantes

4. Falta de cohesión

Se ha dicho que en realidad existen 17 servicios de salud distintos, y aunque es un poco exagerado, la realidad es que hay muchas más diferencias de lo que justifica la situación de salud de la población. Y ello tanto a nivel organizativo, como de prestaciones y sobre todo de sistemas de información que ahora resulta casi imposible de conseguir de una manera comparable.

EN ESPAÑA TENEMOS UN GASTO FARMACÉUTICO MUY ELEVADO QUE SE SITÚA EN TORNO AL 25% DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

Hace falta un órgano de dirección/ coordinación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y ello hasta ahora no se ha materializado a pesar de algunos esfuerzos del Ministerio en estos

últimos años y de la Ley de Cohesión del SNS que pretendía acabar con esta situación, y está claro que el Consejo Interterritorial del SNS no ha querido o podido cumplir con esta función de coordinación y gobierno del sistema sanitario.

Variabilidad geográfica en la utilización de tecnologías hospitalarias

	Apendicetom. urgente	Mastectom. Conservadora Cáncer Mama	Prostatect. Cáncer próstata	Hospitalizac. por psicosis esquizofrénica	Artroplastia de rodilla
Tasa estandarizada mediante método directo	9,72	4,56	2,22	5,82	7,7
Coefficiente de variación ponderado por el tamaño de las poblaciones	0,25	0,38	0,51	0,47	0,41

Fuente: Elaboración propia de Sanidades autonómicas ¿solución o problema?. Circulo de Sanidad 2009.

5. Poco desarrollo de políticas de salud

La salud, en los servicios regionales y a nivel del SNS es una bella consigna que aparece en todos los discursos pero que está cada vez más lejos cuanto más nos acercamos a la realidad de los dispositivos y servicios que están enfocados primordialmente a atender las demandas asistenciales de la población y, en más de un caso, a fomentarlas de manera poco responsable (un buen ejemplo es la vacunación contra el virus del papiloma humano). La vigilancia epidemiológica está también infra-dotada y las políticas activas de salud son poco relevantes y a veces dirigidas más hacia actividades con impacto mediático que a actuaciones con capacidad

real de producir transformaciones, así sucede por ej. con los planes aprobados por el Ministerio para temas/ patologías concretas (obesidad, cardiovasculares, etc.) de resultados inciertos más allá de los titulares televisivos y con poca o ninguna presencia en la práctica de los centros sanitarios.

6. Infradesarrollo de la Atención Primaria y de sus relaciones con la Atención Especializada

Se supone que la base de todo el sistema sanitario público es una potente Atención Primaria de Salud, sin embargo la realidad suele avanzar en el sentido contrario. Para empezar ya casi solo se habla de Atención Primaria, lo de salud se ve que era demasiado, pero además se está viviendo una profunda crisis en la AP que proviene de varios hechos que se han ido consolidando en los últimos 10 años:

ANOMALÍAS RESPECTO AL GASTO FARMACÉUTICO QUE DEBERÍAN DE CORREGIRSE:
EL PORCENTAJE DE GENÉRICOS... ES BASTANTE BAJO EN COMPARACIÓN CON LOS DEMÁS PAÍSES EUROPEOS
LAS OFICINAS DE FARMACIA TIENEN PORCENTAJES DE BENEFICIOS EXCESIVOS (>30%)
LA INDUSTRIA BOMBARDEA A LOS PROFESIONALES CON TODO TIPO DE REGALOS/ CORRUPTELAS
LAS FARMACÉUTICAS ESPONSORIZAN TODO TIPO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS, SIEMPRE Y CUANDO COINCIDAN CON SUS INTERESES

- Aumento de la presión asistencial resultado de la no ampliación de las plantillas, de acuerdo con el crecimiento de la población.
- Postergación presupuestaria de la AP
- Mitificación de la medicina hipertecnológica y afín al espectáculo
- Hiperespecialización del sistema sanitario
- Medicalización de la vida cotidiana
- Desmoralización de los profesionales de AP
- Falta de interés de la mayoría de las administraciones sanitarias en una atención que se presta poco a la utilización electoralista.

Otra vez se detectan importantes diferencias entre CCAA, tanto en lo que respecta a personal como a la oferta de servicios, pruebas diagnósticas y terapéuticas y en cuanto al número de habitantes por profesional de enfermería, medicina general y pediatría. A pesar de ello, la mayoría de las personas atendidas en AP considera que la atención prestada fue buena o muy buena y sin embargo el porcentaje de quienes prefieren la medicina privada es bastante alto (superior al 25% en el mejor de los casos).

La tabla de la página siguiente recoge estos resultados según fuentes del Ministerio de Sanidad y Consumo (en negritas valores máximo y mínimo de cada categoría).

Por medio no se ha avanzado de manera significativa en la integración de actividades entre Primaria y Especializada que es una de las claves para el buen funcionamiento del conjunto del sistema sanitario público. Las experiencias de gestión por áreas de salud que prometían una mejor integración de los niveles asistenciales están todavía por demostrar su utilidad. Existe un programa del Ministerio de Sanidad y las CCAA (AP21) que propone 44 estrategias de mejora de la AP que, planteando medidas interesantes para favorecer una mayor calidad de la AP han tenido poca operatividad práctica hasta el presente.

7. Listas de espera

Un problema importante es la lista de espera, tradicionalmente quirúrgica, a la que se ha sumado la de pruebas diagnósticas, consultas de especialistas y más reciente para médico general y pediatra de Atención Primaria. Lo primero que hay que tener en cuenta es que la lista de espera en un sistema público de cober-

CCAA	O. SER	O. PDIAG	O. PTER	ACPD	H. MED	H. PED	H. ENF	AP	ATAP
Andalucía	85,00	66,60	90,90	85,40	1.416,00	1.125,00	1.795,00	56,40	85,70
Aragón	83,00	73,30	90,90	91,30	1.243,00	1.016,00	1.464,00	59,60	91,40
Asturias	79,50	77,70	83,30	89,40	1.553,00	808,00	1.592,00	66,70	88,80
Baleares	49,00	71,70	84,10	98,00	1.820,00	1.153,00	2.050,00	47,40	87,70
Canarias	69,80	57,70	77,30	83,40	1.679,00	1.059,00	1.773,00	41,90	77,10
Cantabria	91,50	77,70	83,30	86,70	1.327,00	986,00	1.594,00	60,90	90,40
Castilla la Mancha	37,20	55,50	75,00	86,00	1.286,00	1.295,00	1.426,00	66,80	85,90
Castilla-León	72,20	68,80	81,80	86,70	921,00	1.300,00	1.247,00	76,40	85,50
Cataluña	97,00	97,70	100,00	89,40	1.443,00	995,00	1.598,00	47,90	80,70
C. Valenciana	92,70	71,10	70,40	87,40	1.567,00	933,00	1.874,00	61,20	79,30
Extremadura	45,70	64,40	70,40	94,70	1.192,00	1.185,00	1.237,00	56,90	84,40
Galicia	75,90	62,20	72,70	89,40	1.429,00	964,00	1.888,00	64,50	85,10
Madrid	65,00	53,30	75,00	86,00	1.708,00	980,00	1.971,00	62,40	83,70
Murcia	63,80	57,70	93,20	90,00	1.691,00	1.210,00	2.007,00	50,40	89,10
Navarra	57,80	64,40	81,80	86,00	1.446,00	974,00	1.445,00	53,60	82,40
País Vasco	87,90	77,70	75,00	90,00	1.746,00	930,00	1.808,00	67,20	87,90
La Rioja	46,90	44,40	65,90	50,90	1.377,00	1.008,00	1.553,00	56,50	86,10

O. SER = oferta de servicios

O. PDIAG = oferta de pruebas diagnósticas

O. PTER = oferta procedimientos terapéuticos

ACPD = acceso a pruebas diagnósticas segundo nivel asistencial

H. MED = habitantes > 14 años/ médico general

H. PED= habitantes <14 años/pediatra

H. ENF= habitantes / enfermera

AP = porcentaje de personas que elegirían la Sanidad Pública para ir al médico general/pediatra

ATAP= porcentaje de personas que consideran que fueron atendidas bien o muy bien por su médico general

tura universal y prestaciones amplias como el nuestro, es el mecanismo de ajuste entre la demanda de servicios sanitarios y la oferta necesariamente limitada y menos flexible. Naturalmente, si las esperas son muy prolongadas se convierten en un mecanismo disuasorio y discriminatorio porque la capacidad de superarlas se sitúa en la capacidad económica de las personas.

En España la información sobre listas de espera sufre un secuestro por parte de las Administraciones Sanitarias. Existe una información del Ministerio de Sanidad sobre listas de espera quirúrgica, que al aparecer agregada para todo el país (con excepción de Madrid que no está incluida por su descarada manipulación a la hora de contabilizarlas), no permite conocer las desigualdades que se producen entre las CCAA, si bien la percepción que hay sobre las mismas es que son claramente excesivas y con frecuencia inaceptables.

HACE FALTA UN ÓRGANO
DE DIRECCIÓN/
COORDINACIÓN DEL
SISTEMA NACIONAL
DE SALUD (SNS) Y ELLO
HASTA AHORA NO SE HA
MATERIALIZADO A PESAR
DE ALGUNOS ESFUERZOS
DEL MINISTERIO EN ESTOS
ÚLTIMOS AÑOS

Sus causas son múltiples e interrelacionadas: un número de camas insuficientes (tenemos uno de los índices de camas/1.000 habitantes menores de la Unión Europea de 27 países), mal aprovechamiento de los recursos públicos (infrautilizados durante horas), escasez de algunos especialistas, protocolos inadecuados de derivación y elevada

presión asistencial de los médicos de AP que hacen que muchos problemas que podrían resolverse a este nivel acaben en el especialista, sobre utilización tecnológica, mentalidad de consumismo sanitario de una parte de la población, etc.

SE SUPONE QUE LA BASE DE TODO EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ES UNA POTENTE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, SIN EMBARGO LA REALIDAD SUELE AVANZAR EN EL SENTIDO CONTRARIO

En todo caso se trata de un serio problema que deslegitima el sistema sanitario público, en muchos casos se utiliza como excusa para la derivación de enfermos al sector privado y puede acarrear problemas de salud importantes.

8. Inexistencia de políticas profesionales

La política profesional es básicamente inexistente a nivel de cada servicio regional y del conjunto del SNS, dándose la curiosa paradoja de que los servicios autonómicos compiten entre sí por los profesionales e incluso lo hacen los gerentes de los distintos centros dentro de cada comunidad autónoma y área.

Todavía andamos envueltos en una absurda polémica sobre si hay pocos o muchos médicos en nuestro país cuando en el conjunto del SNS trabajan alrededor del 61% de los médicos españoles (o sea que lo que faltan son ofertas de trabajo en el sector público), pero nada se dice de la evidente falta de profesionales de enfermería y de su infrautilización con unas funciones que están claramente por debajo de su titulación.

La nueva regulación de especialidades, necesidad planteada en 1986 en la Ley General de Sanidad, todavía no se sabe cuando aparecerá, y por lo tanto seguimos con un sistema obsoleto de especialidades que favorece la recirculación de profesionales en el sistema MIR, la excesiva parcelación de la asistencia sanitaria y la existencia de bolsas de paro de especialistas al lado de carencias significativas. La dedicación exclusiva, fundamental para fomentar la identificación de los profesionales con el sistema público de salud ha sido abandonada en la mayoría de las CCAA (en más de un caso a iniciativa de gobiernos socialistas), impidiendo el desarrollo de una ética y de un cuerpo profesional público. La carrera profesional, supuestamente organizada para favorecer una incentivación de los mejores profesionales en cuanto a resultados y dedicación, se ha transformado en unos quinquenios regularmente retribuidos.

9. Ausencia de mecanismos de participación

La participación ciudadana es básicamente inexistente a pesar de algunas experiencias interesantes en alguna comunidad autónoma como Castilla La Mancha, y la profesional ya ni se plantea.

10. Problemas de organización y liderazgo profesional

La organización de los servicios sanitarios ha pasado de una cultura muy jerarquizada y burocrática con jefes inamovibles de modos y conocimientos muy esclerotizados, a otra en la que para huir de esa situación se ha potenciado la libre designación a criterio de los políticos de turno, y donde lo importante no son los conocimientos, valía científica y organizativa ni la capacidad de liderazgo sino la adscripción política y el amiguismo que han ido creciendo con el mayor des-
caro (por poner solo un ej., todas las jefaturas de los nuevos hospitales de Madrid son de libre designación

sin concurso de méritos). Al final solo se premia la incompetencia y la capacidad de estar a bien con los jefes y eso ha ido minando las relaciones profesionales. Las direcciones y gerencias son lo mismo en grado superlativo.

EN ESPAÑA LA INFORMACIÓN SOBRE LISTAS DE ESPERA SUFRE UN SECUESTRO POR PARTE DE LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS

11. Ofensiva privatizadora

A lo largo de los últimos años se han ido aplicando una parte importante de estas propuestas como la promoción del aseguramiento privado mediante desgravaciones fiscales de los seguros complementarios de empresa; la fragmentación de la red hospitalaria pública en múltiples empresas independientes entre sí gestionadas de acuerdo al modelo empresarial como las Fundaciones Sanitarias, Consorcios, Concesiones Administrativas, Sociedades Anónimas; la privatización de la financiación construcción y gestión de los nuevos hospitales (Concesión de Obra o Contratos de Colaboración Público-Privada PFI); la privatización de la Atención Primaria; la cesión de la asistencia integral de áreas sanitarias a empresas privadas; el incremento de los conciertos y las subcontratas de servicios con el sector privado (cocina, limpieza, seguridad, mantenimiento, administración, radiología, laboratorio, anatomía patológica, cuidados terminales, urgencias ex-

trahospitalarias) o la potenciación del modelo MUFACE para prestar asistencia a los funcionarios públicos y altos cargos de la administración a través de aseguradoras privadas. Cabría destacar dentro

de esta política de apoyo a la privatización la retirada de los incentivos económicos a la dedicación exclusiva de los profesionales del sector público. El sector sanitario privado parasita al público ya que únicamente el 9,5% de su clientela es privada. Como consecuencia, el gasto público descendió del 81% en 1980 a 70% en 2005, lo que supone que el sector privado alcanza ya el 30% del gasto sanitario en España, uno de los más altos de la UE.

Esta ofensiva privatizadora busca el fomento de los intereses económicos privados en detrimento del derecho a la salud de los ciudadanos.

Y como era de esperar ha avanzado especialmente en CCAA gobernadas por el PP como Madrid (8 nuevos hospitales, más los 4 más proyectados) o Valencia (Alzira, Denia, Torrevieja, etc.), que se extiende también a la Atención Primaria (EBAs en Cataluña, Valencia incluyéndola en las concesiones hospitalarias, proyecto de área única en Madrid, etc.). Y todo ello sin que se haya demostrado en ningún momento que mejoren la atención sanitaria y en algún caso que, por el contrario, suponen un empeoramiento. Pero para ser justos hay que señalar que algunas CCAA han avanzado en sentido contrario reforzando la red pública (Extremadura, Castilla La Mancha) y que incluso en alguna como en Galicia se ha llevado a cabo la integración en la red pública de los experimentos pseudo privados (fundaciones), aunque los últimos resultados electorales no auguran nada bueno.

12. Falta de coordinación con el sistema de atención sociosanitaria

Falta de coordinación con el sistema de atención sociosanitaria que tiene además un escaso desarrollo, lo que hace recaer sobre los centros de agudos, enfermos y patologías que podrán ser atendidos a un menor coste. Para superar esta situación algunas CCAA (Extremadura y Castilla La Mancha) han integrado en una única consejería sanidad y sistema sociosanitario, aunque todavía es pronto para conocer los resultados. Parece que en la misma línea van la unificación del

LA POLÍTICA PROFESIONAL
ES BÁSICAMENTE
INEXISTENTE A NIVEL DE
CADA SERVICIO REGIONAL Y
DEL CONJUNTO DEL SNS

Ministerio de Sanidad y Política Social, pero aún es pronto para valorar su impacto sobre la situación preexistente.

ALTERNATIVAS DE LA FADSP PARA LA MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

El centro del debate es recuperar la ideología de los bienes públicos esenciales y de la salud como un derecho de las personas, y por lo tanto la imposibilidad de que éstos sean atendidos de manera eficaz y eficiente por dispositivos que no respondan a la lógica del servicio público. Se precisa una recuperación de estas señas ideológicas que, coyunturalmente, tienen un apoyo en los desastres provocados por los fundamentalistas del mercado y en el reconocimiento generalizado de que el Estado debe de asumir las funciones de sostenimiento de las bases para el buen funcionamiento de la sociedad.

En lo concreto habría que avanzar en varios aspectos:

1. Incrementar el gasto público hasta equipararnos a los países de la UE-15 aumentando la presión fiscal de las rentas más altas y combatiendo el fraude
2. Introducir cambios en el modelo de financiación autonómica que garanticen la suficiencia financiera, acaben con el déficit que afecta a los servicios de salud autonómicos, recupere su naturaleza redistributiva y el carácter finalista de la misma
3. Afrontar la crisis con medidas dirigidas a incrementar el sector público y el empleo sanitario
4. Mecanismos de reparto fundamentados en las necesidades de salud de la población para lo que es imprescindible la elaboración de un Plan Integrado de Salud como instrumento para favorecer las políticas de salud y la cohesión del SNS
5. Potenciar la labor de coordinación el Consejo Interterritorial

LA DEDICACIÓN
EXCLUSIVA, FUNDAMENTAL
PARA FOMENTAR LA
IDENTIFICACIÓN DE LOS
PROFESIONALES CON EL
SISTEMA PÚBLICO DE SALUD,
HA SIDO ABANDONADA EN
LA MAYORÍA DE LAS CCAA

rial de Salud, dotándole de más capacidad a la hora de tomar decisiones vinculantes a todas las CCAA, y condicionar las transferencias de fondos al cumplimiento de objetivos de salud

6. Política farmacéutica encaminada a:

- Aumentar la utilización de medicamentos genéricos
- Control estricto de las actividades de "marketing" de las empresas farmacéuticas
- Fomentar la utilización racional de medicamentos mediante guías y protocolos fármaco – terapéuticos.
- Establecer una línea directa por parte de las Administraciones sanitarias de información/formación de los prescriptores.
- Reducción de los márgenes de las oficinas de farmacia
- Educación para la salud de la población sobre el consumo responsable de fármacos

- 7.** Favorecer la identificación de los profesionales con el servicio público de salud especialmente desarrollando la dedicación exclusiva y mecanismos de reconocimiento profesional
- 8.** Potenciar la Atención Primaria de Salud: recursos profesionales suficientes, favorecer medios diagnósticos y terapéuticos, fomento de actividades de prevención y promoción
- 9.** Mejora y fomento de la integración de los servicios asistenciales
- 10.** Mejorar la racionalidad de las decisiones generalizando instrumentos como vías clínicas, guías clínicas, protocolos de actuación de las patologías más prevalentes
- 11.** Poner en marcha el registro de profesionales de la salud ya contemplado en la LOPS

NOS ESTAMOS JUGANDO
UNA PARCELA MUY
IMPORTANTE DE NUESTRO
FUTURO Y DE LOS DERECHOS
CONQUISTADOS CON EL
ESFUERZO DE LA MAYORÍA
DE LA POBLACIÓN

- 12.** Inmediata configuración de las especialidades médicas estableciendo un sistema troncal de especialidades
- 13.** Establecimiento de garantías de demoras máximas según patologías
- 14.** Poner en marcha mecanismos efectivos de participación social y profesional
- 15.** Potenciar el carácter público del sistema de salud, deteniendo las privatizaciones, potenciando el sistema público en las nuevas infraestructuras y reintegrando a la red pública los centros privatizados o con sistemas de gestión privada
- 16.** Mejorar la coordinación del sector sanitario con el sociosanitario incrementando los recursos de este último (camas de crónicos, centros de día, residencias asistidas, etc.)

Para avanzar en este sentido y lograr los objetivos señalados anteriormente, es imprescindible el articular un amplio movimiento social y profesional para detener la tremenda ofensiva de desmantelamiento de los servicios públicos que se está viviendo en nuestro país.

Es fundamental el papel de las organizaciones políticas, sindicales, sociales y profesionales, así como el de las Administraciones Públicas que deben ser las garantes del derecho constitucional a la protección de la salud.

EL CENTRO DEL DEBATE ES
RECUPERAR LA IDEOLOGÍA
DE LOS BIENES PÚBLICOS
ESENCIALES Y DE LA SALUD
COMO UN DERECHO DE LAS
PERSONAS

La salida de la crisis actual no puede basarse en la restricción de derechos y menos aún en la ampliación de medidas desreguladoras y ultraliberales, que han sido precisamente sus causantes, sino en un nuevo pacto so-

cial que amplie y garantice los derechos de los ciudadanos y asegure la protección de los bienes básicos fundamentales como es el caso de la salud.

Nos estamos jugando una parcela muy importante de nuestro futuro y de los derechos conquistados con el esfuerzo de la mayoría de la población. Todavía estamos a tiempo de conseguir un cambio en la situación. ●

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y CRISIS ECONÓMICA

José María ALONSO SECO

Presidente de ATASS

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace unas semanas está en la calle el debate sobre la posibilidad de mantener en su actual nivel de cobertura la atención a las personas en situación de dependencia, en los momentos de crisis económica que vive nuestro país. Los posicionamientos son muy variados, en una materia tan sensible como ésta, que afecta de lleno a los derechos individuales de las personas, a su bienestar y calidad de vida. En la distinta percepción de la cuestión inciden factores esencialmente económicos, aunque al hacerse visibles puedan aparecer como políticos.

El epicentro de la cuestión se encuentra en la viabilidad de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD, en adelante), sin que se haya irradiado todavía al conjunto de los sistemas de servicios sociales en los que se enmarca la atención a la dependencia, también muy costosos; lo cual puede entenderse de varias maneras: porque se identifican erróneamente los servicios sociales con la dependencia, porque las prestaciones de dependencia son las más onerosas al erario público al tratarse de derechos subjetivos, o por alguna otra razón similar.

Ha de afirmarse, en primer lugar, que el debate no ha surgido exclusivamente en el ámbito de atención a la dependencia. También la sanidad y la Seguridad Social, y en general los distintos sistemas de protección social, forman parte de él. Al menos 15.000 millones de euros es la cifra del déficit reconocido que existe en el sistema sanitario español; una cantidad a la que

habrían de sumarse otros déficits sin contabilizar existentes en algunas comunidades autónomas, y que estarían en torno a los 22.000 millones de euros adicionales (CincoDias.com, 11/04/2011). Déficit que se debe, principalmente, al crecimiento de la población, pues en los últimos diez años han aumentado considerablemente los beneficiarios del sistema nacional de salud (casi diez millones de personas más). No es algo que sólo ocurra en nuestro país, pues el gasto en salud continúa creciendo más rápidamente que el crecimiento económico en la mayoría de países de la OCDE, en los que el gasto en salud alcanzó el 9,5% del PIB en promedio en 2009, el año más reciente para el cual hay cifras disponibles, en comparación con el 8,8% de 2008. El aumento de la proporción del gasto sanitario del PIB fue especialmente notorio en los países más afectados por la recesión global (OCDE, *Health Data 2011*).

LA FINANCIACIÓN DE
LA ATENCIÓN A LA
DEPENDENCIA... HA SIDO EL
PUNTO MÁS FRÁGIL DE LA
LAPAD

2011 apunta hacia un déficit mayor en 2011. Si estos datos son ya preocupantes por sí mismos, adquieren un cariz más alarmante en un período de crisis económica como el que nos encontramos. Es evidente, asimismo, que el alto nivel de desempleo existente en nuestro país, al disminuir las cotizaciones y tener que

Algo similar cabe decir del sistema de Seguridad Social: en diciembre de 2010, según fuentes del Ministerio de Economía, el déficit se situó en 3.000 millones de euros, y la evolución en

dedicar más recursos económicos al pago de prestaciones por desempleo, están influyendo de manera negativa en el equilibrio financiero del sistema de Seguridad Social.

No es de extrañar por lo mismo que, en materia de Seguridad Social, se hiciera una importante reforma recientemente, mediante la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, una de cuyas finalidades era asegurar su financiación, según se dice en la propia exposición de motivos de la Ley: "El sistema de Seguridad Social tiene que seguir haciendo frente a importantes desafíos (...) a fin de garantizar la sostenibilidad financiera de aquél". Fue una decisión con

A NUESTRO JUICIO,
NO NOS PARECE LO
MÁS ACERTADO EN LOS
ACTUALES MOMENTOS
PLANTEAR LA CUESTIÓN
SÓLO Y EXCLUSIVAMENTE
DESDE LA ÓPTICA
IDEOLÓGICA

manifiesta motivación económica, consecuencia de una recomendación expresa de la Unión Europea, la cual, después de considerar que en España "el aumento del gasto público deberá mantenerse por debajo de la tasa de crecimiento del PIB a medio plazo y habrá que realizar la reforma del sistema de pensiones", recomendó que nuestro país debía tomar medidas en el periodo 2011-2012 a fin de: "adoptar la reforma del sistema de pensiones propuesta con el fin de retrasar la edad de jubilación y aumentar el número de años de trabajo para el cálculo de las pensiones, según lo planeado, revisar periódicamente los parámetros de las pensiones a la luz de la evolución de la esperanza de vida, según lo previsto, y adoptar nuevas medidas para aumentar la edad efectiva de jubilación, tales como el aprendizaje permanente para los trabajadores de más edad" (CONSEJO EUROPEO, 2011).

Pues bien, ¿qué ocurre con la financiación de los servicios sociales y, más en concreto, con un sector de ellos cual es el de atención a las personas en situación de dependencia, en un momento de crisis económica como el actual? A ello vamos a dedicar estas páginas, aunque ya a primera vista puede deducirse

que difícilmente van a quedar ajenos a los mismos problemas que tienen planteados otros sistemas de protección social, en la medida que su financiación, por tener la condición de servicios públicos, depende sustancialmente del desarrollo de una adecuada y pujante actividad económica que inyecte a los poderes públicos los recursos económicos necesarios para su financiación.

2. ALGUNOS ESCENARIOS DEL DEBATE

Antes de las pasadas elecciones legislativas, las cuestiones relativas al futuro de la sanidad, la Seguridad Social y la atención a la dependencia estuvieron muy presentes en la confrontación electoral, condicionadas, como no podía esperarse otra cosa, por la correspondiente ideología política y la ansiada búsqueda de votos. La unanimidad de todos los partidos políticos que se había conseguido a finales de 2006 en la aprobación de la LAPAD ya no aparecía tan manifiesta, sencillamente porque los problemas de financiación de ésta se habían acrecentado y todas las administraciones públicas, principales suministradoras de recursos económicos, estaban fuertemente endeudadas y con problemas de tesorería¹. Ante la expectativa de cambio, quienes aspiraban a gobernar y tener que hacer frente a la manifiesta crisis económica y de empleo, no podían adoptar la misma actitud política que sus oponentes. A decir verdad, y con independencia del lenguaje electoral que resultara más oportuno para unos y otros, todos veíamos con preocupación el futuro económico del sistema de protección social que, a lo largo de todos los años anteriores, habíamos venido implantando progresivamente. Cualquiera que, en esas fechas, se haya acercado a las noticias en prensa sobre atención a la dependencia habrá leído opiniones en un sentido y en el contrario, así como cierta sobredosis de números, aunque no eran éstos los que más llamaban la atención, sino la heterogénea interpretación que se hacía de ellos en función de las propias conveniencias.

Pero, en fin, todo lo anterior puede considerarse normal en período electoral, pues no es posible deslindar las cuestiones sociales del contexto político general, dado que constituyen un componente esen-

¹ La necesidad de una mayor financiación había sido señalada por el Gobierno: "El importante incremento en el número de personas atendidas ha generado un crecimiento significativo de la financiación necesaria para su atención, alcanzando la cifra de 6.767 millones de euros en 2010, representando ya el 0.64% del PIB, duplicando de esta manera el gasto público para la atención a la dependencia previo a la LAPAD (0.32%) [Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 2011, pág. 580].

cial de éste. A nosotros nos interesa, sin embargo, acercarnos al estudio de la cuestión, en la medida de lo posible, *a través de un análisis objetivo*. Y éste, a nuestro juicio, ha de comenzar por el análisis de distintas variables.

Se ha de examinar, en primer lugar, *cómo ha sido hasta el momento presente la financiación de la atención a la dependencia*; de su consistencia o debilidad dependerá la fortaleza del sistema. Y en este sentido ha de afirmarse que, desde siempre, ha sido el punto más frágil de la LAPAD. Lo cual, por otra parte, no tiene nada de extraño; ha ocurrido en todos los países de nuestro entorno occidental. Véase, como mejor muestra, el supuesto de Alemania, donde tardó en establecerse el seguro obligatorio de dependencia (1994) precisamente por la falta de acuerdo en fijar su fuente de financiación. Dicho seguro se añadiría a los ya existentes de accidente, enfermedad, edad/invalidez y desempleo, y tenía por finalidad sustituir la anterior “ayuda social” (*Sozialhilfe*), que se concedía previa demostración de insuficiencia de medios económicos. La promulgación de la LAPAD en España tropezó con muchas dificultades iniciales, no sólo las teóricas que siempre aparecen al organizar un sistema articulado que sustituya o complementa a otros ya en vigor, sino las de tipo práctico. Como el sistema final que se diseñó estaba fundamentado en la coordinación Estado-comunidades autónomas, que debía materializarse de forma especial en los aspectos relativos a su financiación, los debates entre la administración central y las administraciones autonómicas fueron especialmente duros e intensos y, a decir verdad, no llegaron a satisfacer a ninguna de ellas. Cabe manifestar, al respecto, que en todos los informes de evaluación que se han hecho de la LAPAD siempre la financiación ha sido objeto de especial consideración, porque el problema de fondo estriba en cómo afrontar los gastos que dicha Ley comporta (CERVERA MACIÁ, M., HERCE SAN MIGUEL, J. A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G. Y SOSVILLA RIVERO, S., 2009).

Por ello, a nuestro juicio, no nos parece lo más acertado en los actuales momentos plantear la cuestión sólo y exclusivamente desde la óptica ideológica. Es un hecho cierto que la LAPAD nació con la aprobación de todos los grupos políticos. Es también innegable que ha supuesto, en el contexto evolutivo de la protección social, un hito decisivo que es preciso mantener, pues ha supuesto un paso histórico en el reconocimiento de nuevos derechos subjetivos de servicios sociales. Pero no es menos cierto e innegable que nació sin un marco financiero estable y duradero, y que la dinámica de su aplicación en los cinco años de vigencia de la Ley ha puesto de manifiesto que la mayor carga de la financiación de sus

prestaciones recae en las comunidades autónomas, así como la práctica totalidad de los cuantiosos costes de gestión en las comunidades autónomas y en los ayuntamientos. Ni las unas ni los otros disponen en la actualidad de suficientes recursos económicos. El problema de financiación de la atención a la dependencia, en este momento de crisis económica, lo hubiera tenido cualquier Gobierno, estatal, autonómico o municipal, de un signo político u otro. Por esta razón estimamos que la cuestión sobre la que estamos reflexionando debe hacerse desde una posición realista, tratando de salvar en todo lo posible los nuevos derechos individuales introducidos por la LAPAD y buscando, a la vez, las mejores fórmulas para su aplicación más eficiente.

En segundo lugar, y ante las críticas aparecidas en los medios de comunicación sobre la presunta paralización de la aplicación de la LAPAD en los últimos meses, especialmente en algunas comunidades autónomas, cabe preguntarse *si, de hecho, se ha producido una ralentización en el reconocimiento de prestaciones*. Nada mejor para ello que ir a las fuentes, las estadísticas mensuales que elabora el IMSERSO a partir de la información que recibe de las comunidades autónomas (están colgadas todas ellas en el Portal de Mayores del IMSERSO).

Según las estadísticas correspondientes al año 2011 se observa que no ha existido demora en la aplicación del baremo de valoración de la dependencia. En la Tabla 1 (que refleja datos a nivel nacional) puede observarse que, de 1 de enero a 1 de diciembre de 2011, han aumentado las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia y, sobre todo, el total de personas valoradas con derecho a prestación por encontrarse en situación de depen-

dencia grados III, II y I nivel 2; el aumento mayor de ellas se debe a la implantación en 2011 del grado I nivel 2, lo cual ha posibilitado el acceso de personas que ya habían sido reconocidas en este grado y nivel en años anteriores. La disminución que, en todas las columnas, se observa en el

ES ELEVADO...
EL NÚMERO DE PERSONAS
CON DERECHO
A PRESTACIÓN QUE NO LA
RECIBEN TODAVÍA
(312.244, CASI EL 30%,
A DICIEMBRE
DE 2011)

mes de mayo se debe a que en este mes se cruzaron datos con los existentes en el INE, y se pudo comprobar la existencia de personas fallecidas, razón por la que el 1 de junio se regulariza la estadística.

TABLA 1: Solicitudes y beneficiarios de prestaciones de dependencia. Situación acumulativa al comienzo de cada mes del año 2011

	Solicitudes	Valorados con derecho a prestación	Beneficiarios de prestaciones	Pendientes de recibir prestación	
2011	Nº	Nº	Nº	Nº	%
Enero	1.500.152	899.633	668.678	230.955	25,67%
Febrero	1.520.370	1.047.446	681.662	365.784	34,92%
Marzo	1.539.043	1.058.072	696.366	361.706	34,19%
Abril	1.585.427	1.071.603	720.769	350.834	32,74%
Mayo	1.605.109	1.082.532	735.652	346.880	32,04%
Junio	1.498.673	1.014.558	704.758	309.800	30,54%
Julio	1.526.730	1.031.541	715.857	315.684	30,60%
Agosto	1.536.400	1.036.435	726.230	310.205	29,93%
Septiembre	1.549.738	1.040.461	733.104	307.357	29,54%
Octubre	1.562.172	1.045.624	739.949	305.675	29,23%
Noviembre	1.569.738	1.048.424	742.455	305.969	29,18%
Diciembre	1.597.141	1.053.957	741.713	312.244	29,63%
Diferencia ene-dic.	96.989	154.324	73.035	81.289	

Fuente: Elaboración propia sobre estadísticas del SAAD (IMSERSO).

Sin embargo, no se corresponde el número de personas valoradas con derecho a prestaciones con el número de personas que ya reciben alguna prestación (1.053.957 frente a 741.713, a diciembre de 2011), aunque el porcentaje haya ido bajando de manera tenue a lo largo de 2011. Téngase en cuenta que tienen derecho a recibir prestación todas las personas que han sido valoradas como dependientes en alguno de los grados y niveles ya implantados, pero para recibir la prestación concreta que corresponde a ese grado y nivel se les ha de elaborar un programa individual de atención (PIA), que es posterior a la valoración de la dependencia y que, en ocasiones, se alarga mucho en el tiempo. Es elevado, como puede verse, el número de personas con derecho a prestación que no la reciben todavía (312.244, casi el 30%, a diciembre de 2011). Este hecho tiene un efecto claramente negativo, pues personas con derecho a la prestación, al tener muchas de ellas edad avanzada, pueden fallecer en el tiempo transcurrido entre la resolución que les reconoce estar en situación de dependencia y la elaboración del PIA que les da acceso a la prestación correspondiente.

La lentitud en reconocer el derecho a prestaciones concretas (aprobación del PIA) se ha manifestado especialmente en el mes de diciembre y afecta a varias comunidades autónomas, aunque más a unas que a

otras. Como muestra, se indica que, a 1 de diciembre de 2011 existían menos personas beneficiarias percibiendo prestaciones que a 1 de noviembre de 2011, en Andalucía, Aragón, Asturias, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja. La disminución se ha hecho más manifiesta en la prestación económica para cuidados en el entorno familiar por cuidadores no profesionales. Por lo que se refiere al porcentaje de personas que tenían reconocido el derecho a la prestación, pero todavía

no la recibían, la situación era la siguiente a 1 de diciembre de 2011: media estatal, 29,6%; Canarias, 57,9%; Galicia, 45,4%; Comunidad Valenciana, 42,1%; Baleares, 38,7%; Cataluña, 34,7%; Aragón y Extremadura, 33,3%; Murcia, 31%; Asturias, 30,6%; Castilla-La Mancha, 30%; Andalucía, 28,8%; Navarra, 24,8%; Madrid,

**SALVO EN ESCASAS
COMUNIDADES
AUTÓNOMAS, LAS QUEJAS
POR LOS RETRASOS EN LA
TRAMITACIÓN, RESOLUCIÓN
DE EXPEDIENTES O PAGO
DE LA PRESTACIÓN HAN
AUMENTADO DE UNA
TEMPORADA A ESTA PARTE**

17,5%; País Vasco, 15,4%; Cantabria, 14,4%; La Rioja, 13,4%; y Castilla y León, 7,5%. Sobre el retraso en la percepción de prestaciones de la LAPAD se ha manifestado en repetidas ocasiones el *Defensor del Pueblo*: “La mayor parte de las quejas planteadas ante el Defensor del Pueblo sobre la aplicación de la Ley de Dependencia hacen referencia a las demoras en recibir las prestaciones o servicios correspondientes” (DEFENSOR DEL PUEBLO, 2010:445-451).

¿Significan los datos anteriores que ha existido una paralización intencionada de la LAPAD en estos últimos meses motivada por la crisis económica? Algunos colectivos, entre ellos el Observatorio Estatal para la Dependencia (cadenaser.com, 17/12/2011) y las diversas Plataformas en Defensa de la Ley de Dependencia, así lo han manifestado, aunque nosotros, aun sin negarla, no nos atrevemos a formular una aseveración tan tajante, entre otras cosas porque pueden estar influyendo también otras causas, entre ellas la falta de personal suficiente para tramitar las solicitudes y, lo que no descartamos tampoco dado que la demora se ha producido especialmente en los últimos meses del año, porque han sido necesarias modificaciones presupuestarias para hacer frente a las nuevas obligaciones económicas, las cuales conllevan por lo general dilación en el trámite. En cualquier caso, salvo en escasas comunidades autónomas, las quejas por los retrasos en la tramitación, resolución de expedientes o pago de la prestación han aumentado de una temporada a esta parte.

En tercer lugar, ha de tenerse en cuenta lo que piensan las entidades más representativas que agrupan al sector de las personas en situación de dependencia, así como los partidos y otros agentes sociales. Al respecto es preciso mencionar al *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)*, que, con ocasión de celebrar el 3 de diciembre de 2011 el Día Europeo e Internacional de las Personas con Discapacidad, publicó un manifiesto en el que, entre otras cosas, se dice lo siguiente: “La crisis económica y social no puede servir de coartada o pretexto para detener las políticas públicas de discapacidad y menos aún para reducir los derechos sociales o la intensidad de apoyos y recursos que deben recibir las mujeres y hombres con discapacidad para asegurar su proceso de inclusión en la comunidad y un nivel de vida digno. En especial, la Ley 39/2006 y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que

LA CRISIS ECONÓMICA QUE AFECTA A LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICA ESTÁ ... SUSPENDIENDO EL PROCESO DE CREACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS RESIDENCIALES

ésta crea, cuyo despliegue en sus poco más de cuatro años de andadura ha sido desigual e incompleto, frustrando muchas de las expectativas despertadas, no necesitan recortes, moratorias o replanteamientos a la baja, sino un impulso

político y presupuestario decidido para consolidar definitivamente un nuevo dispositivo de protección social que tiene que dar una cobertura suficiente y digna a enormes necesidades sociales aún sin respuesta”.

Los *partidos políticos* están ya tomando posiciones al respecto. El coordinador de política autonómica y municipal del PP ha calificado de sensata la LAPAD, pero es partidario de revisarla porque el Gobierno la hizo sin el concurso de las Comunidades Autónomas y sin dotarla económicamente (Los desayunos de TVE, 1/12/2011). Antes de que se expongan en el debate de investidura cuáles serán las líneas de actuación del nuevo Gobierno, ya el PSOE ha decidido presentar distintas iniciativas legislativas en el Congreso, entre las cuales se encuentra una que asegure la financiación de la Ley de Dependencia. (Rtve.es 13/12/2011) Izquierda Unida propuso “mantener, de una manera seria y responsable, una movilización permanente frente a las agresiones que se avecinan contra el Estado del bienestar y las conquistas sociales” (Rtve.es 3/12/2011). En Extremadura se ha conseguido la aprobación de los presupuestos para 2012 después de consignar una partida adicional de 140 millones de euros para dedicarlos a las familias sin ingresos, la economía social y la atención a la dependencia (ABC.es, 15/12/2011). En Castilla-La Mancha se ha abierto, en el contexto más global de un Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (el concepto de Servicios Sociales se toma en sentido bastante amplio, no sólo el referido a servicios sociales de carácter personal), un debate importante sobre la dificultad de financiación de la atención a la dependencia, nacida de la deuda preexistente, heredada del Gobierno anterior, en esta materia concreta²; dicho Plan ha sido aprobado por las Cortes de Castilla-La Mancha, con los votos en contra de la oposición

² Una manifestación del debate puede consultarse en la intervención del Consejero de Empleo del Gobierno de Castilla-La Mancha ante el Pleno de las Cortes de Castilla-La Mancha: “Podemos afirmar, con total rotundidad, que en materia de dependencia la Consejería debe más de 160 millones de euros (...) Estos datos son de causar sonrojo, señorías, no de intentar eludir la responsabilidad, y claramente demuestran el esfuerzo que tenemos que hacer desde el Gobierno, día a día, para poder mantener y pagar los servicios sociales básicos” (Diario de Sesiones, núm. 9, 2011, VIII Legislatura, pág. 15).

(ABC.es, 15/12/2011). Los anteriores son sólo unos ejemplos. Encontraremos más manifestaciones en meses sucesivos.

Ha de hacerse alusión también a las *entidades prestadoras de servicios*, con y sin ánimo de lucro. Constituyen un sector de gran importancia laboral, económica y social; tienen una importancia decisiva en una adecuada aplicación de la LAPAD, pues ésta consiste principalmente, al menos en su formulación legal, en prestaciones de servicios y únicamente con carácter excepcional en prestaciones económicas. Sólo la Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia (FED) cubre 150.000 plazas residenciales, 28.000 plazas en centros de día, 230.000 beneficiarios de ayuda a domicilio y 315.000 usuarios de teleasistencia³. Son muchos los puestos de trabajo que generan⁴. La crisis económica que afecta a las administraciones públicas con las que conciertan sus servicios, así como a las familias, está repercutiendo directamente sobre ellos, suspendiendo el proceso de creación de nuevos servicios residenciales. El hecho de que las prestaciones económicas de cuidados familiares sean las más concedidas (el 45,53% sobre el total de prestaciones, a 1 de diciembre de 2011) está originando que disminuya el número de plazas residenciales privadas ocupadas.

62

3. FINANCIACIÓN DE LA LAPAD Y CRISIS ECONÓMICA

Si bien ya hemos hecho alguna referencia a este punto, es preciso detenernos algo más en él por la importancia que tiene en el asunto que estamos tratando.

Como premisa previa ha de decirse que la atención a la dependencia no se dispensa en nuestro país únicamente mediante prestaciones de la LAPAD, ni se financia sólo por los recursos financieros establecidos en dicha Ley. Sin tener en cuenta los gastos sanitarios, de difícil estimación por otra parte, que comporta la atención a la dependencia a los sistemas autonómicos de salud, ha de tenerse presente que los servicios sociales autonómicos, con intensidad distinta según

EL MAYOR COSTE DE LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS RESIDENCIALES Y DE CENTROS DE DÍA HA DE SER SOPORTADO POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

las comunidades autónomas, ya habían establecido con anterioridad a la LAPAD importantes servicios de atención a la dependencia, especialmente para personas mayores dependientes y personas con discapacidad física, intelectual y mental, cuyos costes

asumían íntegramente y siguen asumiendo. La LAPAD estableció prestaciones de servicios, iguales a los que ya prestaban las comunidades autónomas con anterioridad, y prestaciones económicas para nuevos beneficiarios a los que se valoraba la situación de dependencia con un instrumento nuevo y único para toda España (el BVD, baremo de valoración de la dependencia) y cuyas prestaciones eran financiadas por el Estado, las comunidades autónomas y el copago de los usuarios. También el sistema de Seguridad Social financia la atención a la dependencia, concretamente a través de la gran invalidez y del complemento por necesidad de tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez y en la asignación económica por hijo a cargo. Aunque con repercusión monetaria menor, el subsidio por ayuda de tercera persona de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), es también una prestación específica de atención a la dependencia no contemplada en la LAPAD como tal prestación.

Lo dicho en el párrafo anterior es de gran importancia por varios motivos, entre otros los siguientes: 1) el gasto en atención a la dependencia es bastante mayor que el derivado de la LAPAD, dado que las comunidades autónomas han de seguir manteniendo servicios de atención a la dependencia que ya habían establecido con anterioridad; 2) la promulgación de la LAPAD ha tenido un efecto expansivo de la demanda de servicios y prestaciones económicas, y, a la postre, son las comunidades autónomas, las que han de hacer frente a ella; 3) la financiación finalista del Estado

³ El número de plazas, sin embargo, es mayor. Los últimos datos del Imsero sobre servicios sociales para personas mayores en España (2008) reflejan que existen 358.078 usuarios del servicio de ayuda a domicilio, 395.917 de teleasistencia, 63.446 plazas de centro de día y 339.079 plazas residenciales (IMSERO, *Las personas mayores en España, Informe 2008*).

⁴ Como muestra, se señala que los empleos vinculados a la atención a la dependencia durante 2009 y 2010 han supuesto un total de 248.000, y se han creado 165.000 nuevos empleos como resultado de la nueva inversión económica. Véase el *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 2011*.

para atención a la dependencia es insuficiente; 4) el Estado financia, en concepto de nivel mínimo que obligatoriamente le pertenece, lo mismo una prestación de teleasistencia, poco costosa, que una atención residencial, lo cual implica que el mayor coste de las prestaciones de servicios residenciales y de centros de día ha de ser soportado por las comunidades autónomas; 5) las comunidades autónomas y municipios han de hacer frente al coste financiero de toda la gestión de la Ley, lo cual implica elevados gastos de personal.

El coste total de la atención a la dependencia en España, entendiendo por tal el de la LAPAD más el de las comunidades autónomas no previsto en la LAPAD, es todavía de muy difícil estimación, por falta de datos de las comunidades autónomas. No obstante, el IM-SERSE ha realizado una estimación de él; se refleja en la Tabla 2 el correspondiente al año 2010⁵.

TABLA 2: Gasto total en atención a la dependencia

2010	Importe en euros	%
Gasto de prestaciones de la LAPAD	5.969.917.149	88%
Gasto Seguridad Social cuidadores	331.929.519	5%
Gasto de prestaciones de análoga naturaleza	465.324.345	7%
Total gasto atención a la dependencia	6.767.171.013	100%
Aportación AGE	2.625.421.465	39%
Aportación comunidades autónomas	3.551.247.173	52%
Aportación usuarios	590.502.375	9%
Total gasto atención a la dependencia	6.767.171.013	100%

El coste correspondiente a gasto nuevo en dependencia, como consecuencia de la LAPAD, es más fácil de obtener. En la Tabla 3 se refleja el correspondiente al año 2010, según los datos del Informe del Gobierno sobre la LAPAD mencionado.

TABLA 3: Gasto nuevo de las prestaciones de dependencia de la LAPAD

2010	Importe en euros	%
Aportación AGE	1.828.167.602	50%
Aportación comunidades autónomas	1.538.424.709	43%
Aportación usuarios	257.337.236	7%
Total gasto nuevo de la LAPAD	3.623.929.547	100%

Otro aspecto que nos parece esencial es recordar el sistema de financiación de la LAPAD. Se dice en el artículo 32.1 de ésta que “la financiación del sistema será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos”. En el artículo 33.1 se dice, asimismo, que “los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal”. Cuando

se trate de prestaciones económicas, la capacidad económica personal del beneficiario se tiene en cuenta para determinar su cuantía (artículo 33.2).

Pues bien, el hecho de que la financiación pública, que es la mayoritaria, se realice mediante consignaciones presupuestarias anuales, hace más vulnerable el sistema, pues sólo en la medida en que las administraciones pú-

HABRÁ QUE ESTUDIAR
CON DETENIMIENTO
ALTERNATIVAS Y POSIBLES
OPCIONES PARA
ENCONTRAR LAS MEJORES
SOLUCIONES, QUE
DEBERÁN INSTRUMENTARSE
A TRAVÉS DE DECISIONES
POLÍTICAS, ECONÓMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y
SOCIALES

blicas dispongan de recursos monetarios, como consecuencia de una actividad económica desarrollada y pujante, podrá el sistema de atención a la dependencia tener una financiación adecuada. Y si, en períodos de crisis económicas, lo que decae es precisamente

⁵ Las cifras están tomadas del **Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 2011**; no se citan en él las fuentes de procedencia. Desconocemos si gozan de la conformidad de las comunidades autónomas.

la actividad económica, fácil es deducir la incidencia directa que tienen las crisis no sólo en la atención a la dependencia, sino en el conjunto de la protección social. Y éste es, a nuestro juicio, uno de los problemas actuales con que se encuentra la atención a la dependencia en nuestro país: no se financia, como sucede en Alemania y Países Bajos por ejemplo, con cargo a cotizaciones sociales, ni tiene, como sucede en nuestro sistema de Seguridad Social, un fondo de reserva, por lo que los desequilibrios fiscales que acompañan a los períodos de crisis, la falta de estabilidad fiscal que otros prefieren llamar, hace más vulnerables a la dependencia y a los servicios sociales en general.

La dificultad que tenían las administraciones públicas, y en concreto las comunidades autónomas porque son las competentes para ello, en financiar las prestaciones de dependencia de la LAPAD, motivó la modificación de la LAPAD por el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Esta disposición suprimió, para las solicitudes posteriores al 1 de junio de ese año, los efectos retroactivos que anteriormente tenían las prestaciones desde el momento de la solicitud, y los fijó a partir de la fecha de la resolución que declara el derecho a la concreta prestación o prestaciones, o bien a partir del transcurso de los seis meses de presentación de la solicitud si antes no se dicta resolución sobre el reconocimiento de la prestación económica (artículo 5). Asimismo, para los beneficiarios que habían presentado su solicitud con anterioridad a aquella fecha a quienes se debían atrasos, permitió a las comunidades autónomas que pudieran aplazar los pagos hasta un período de 5 años (disposición adicional sexta). En esta modificación de la LAPAD, que quizá pasó un tanto inadvertida porque lo sustantivo del Real Decreto-ley citado estaba constituido por la rebaja de las retribuciones de los funcionarios y la congelación de las pensiones públicas (excluyendo las no contributivas y las mínimas), el Gobierno tuvo que incluir elementos correctores en el pago de prestaciones de la LAPAD por el déficit que estaba generando.

Unas palabras sobre el copago de los usuarios. En la memoria económica de la Ley estaba previsto que la aportación de los usuarios alcanzara un tercio del total de su coste; en las Tablas 1 y 2 puede verse que dicha estimación ha quedado muy por debajo del objetivo previsto. En nuestra opinión no va a ser fácil que pueda aumentar dicha aportación: las rentas familiares están disminuyendo con la crisis; la congelación de las pensiones dificulta que las personas mayores, el sector de población a quien más afecta la dependencia, tengan mayores ingresos; el desempleo, sobre todo el juvenil, está haciendo que la familia tenga que dedicar más recursos a sus miembros en paro; los recién

LA APORTACIÓN
ECONÓMICA DE LOS
USUARIOS ES UN ASUNTO
QUE ESTÁ TODAVÍA
PENDIENTE DE RESOLVER
DE MANERA DEL TODO
SATISFACTORIA... EL MODELO
DE APORTACIÓN DE LOS
USUARIOS QUE ESTABLECE
LA LAPAD ES COMPLEJO

tes indicadores nos muestran que ha aumentado en la población española el índice de pobreza relativa; el consumo, en fin, está disminuyendo por la probable disminución de la renta familiar.

Finalmente, unas palabras sobre una de las prestaciones económicas previstas en la LAPAD, la de cuidados en el entorno familiar.

Como ya se dijo es la más solicitada, y con gran diferencia (el 45,53% sobre el total), en el conjunto de prestaciones del sistema de atención a la dependencia. Las razones pueden ser muchas y muy variadas: tradición que tienen los familiares en nuestro país de cuidar a sus padres en sus domicilios, vis atractiva que han tenido siempre las prestaciones económicas frente a las de servicios, menor coste para las administraciones públicas que las prestaciones de servicios, mayor facilidad de gestión, etc. Pero hay una razón que, posiblemente también -insistimos, posiblemente- pueda estar influyendo en estos momentos de crisis económica, y es el refuerzo económico que supone, para el conjunto de la renta familiar, estar atendiendo a una persona mayor con algún grado de dependencia en casa, pues a la pensión de la persona mayor cuidada se suma la prestación económica que recibe por dependencia. Este hecho, en sí mismo considerado, no tiene por qué ser considerado positivo ni negativo, pues no existen elementos objetivos que deban prejuzgar la validez de los cuidados informales, sobre todo cuando las personas dependientes son atendidas por familiares; otra cosa es que se trate de personas con dependencia grave o muy grave, cuya asistencia no pueda realizarse en el domicilio con riesgo de la calidad del servicio o de perjuicio serio de la salud del cuidador o cuidadores.

4. ¿QUÉ HACEMOS ENTONCES?

Nos encontramos, pues, en una tesitura difícil. Por una parte ha sido promulgada una Ley que reconoce nuevos derechos, que incide de manera directa en una mayor calidad del bienestar individual y social, que queremos mantener porque nadie desea dar pasos hacia atrás en una materia, la protección social, en la

que venimos evolucionando siempre hacia adelante a lo largo de un siglo y que constituye la identidad de nuestras sociedades occidentales. Por otra parte, la actual coyuntura económica nos plantea problemas complejos para poder mantener todo el conjunto del sistema de protección social, sobre todo para el futuro, a causa del aumento de la población mayor de 80 años y de la disminución de la fecundidad, ambas variables en relación antitética. Nosotros, desde luego, no vamos a adoptar una postura derrotista, ni tampoco de simplismo ante la realidad que tenemos por delante. Creemos que ha agudizarse el ingenio para buscar soluciones a la problemática que tenemos planteada. Habrá que estudiar con detenimiento alternativas y posibles opciones para encontrar las mejores soluciones, que deberán instrumentarse a través de decisiones políticas, económicas, administrativas y sociales. Hacemos aquí un breve apunte sobre algunas de ellas.

4.1. Análisis y evaluación de las experiencias de otros países de nuestro entorno

La atención a la dependencia ha sido establecida, según distintos modelos, en distintos países de la Unión Europea. Llevan ya bastantes años de experiencias y han venido modificando sus esquemas en función de las circunstancias sociales y económicas. Existen algunos países, como por ejemplo el Reino Unido, de fuerte tradición “welfarista”, donde se ha anunciado una nueva política que renuncia al universalismo inicial para establecer la asistencia personal libre en las propias casas de los dependientes, priorizados según nivel relativo de necesidad; asimismo, en Suecia se ha producido un retroceso del sistema universal a favor de la priorización a los dependientes que mayor necesidad relativa muestran y con menos recursos cuentan para afrontar sus contingencias (LOPEZ CASASNOVAS, G Y FANER AGUILÓ, J, 2011:153-154). Alemania, desde que instauró en 1994 el seguro social de dependencia, ha introducido sucesivas reformas en él (años 2002, 2004, 2005 y 2008); es un seguro que se financia fundamentalmente con cargo a cotizaciones sociales, con participación del usuario, pero que contiene interesantes novedades para nuestro sistema de protección social, como por ejemplo que las personas sin descendientes directos tienen una mayor carga contributiva que las unidades familiares con hijos (HINRICHS, K Y WARFELMANN, A.C.: 2011:123-136).

Es evidente que los anteriores ejemplos no se citan como muestra de lo que debería hacerse en nuestro país, porque cada sistema de protección no puede desprenderse de su historia preliminar y del contexto cultural en que nace y se desarrolla. Pero merece la pena estudiar cómo se hace en otros lugares, sobre

todo en un mundo tan interrelacionado como el que ahora vivimos, porque de todas las experiencias se puede aprender. En este aspecto, bien valdría la pena recordar lo que fue en España el Instituto de Reformas Sociales, entidad creada en los albores del siglo XX, al que se deben los cambios sustanciales que en aquella época se producirían en materia laboral y de protección social

4.2. Estricta definición del concepto de dependencia

Si existe algún modelo consolidado de atención a la dependencia, aunque subsistan los problemas de financiación, es el alemán. Quienes lo conocen bien afirman que ha experimentado desde su creación un crecimiento continuo del gasto, y que el primer factor que ha frenado este último ha sido la estricta definición del concepto de dependencia que hace el seguro social de dependencia y el riguroso informe médico que se requiere para justificar el derecho a la prestación y para clasificar a los beneficiarios en los niveles de dependencia, causa que ha podido evitar un aumento incontrolado de los beneficiarios (HINRICHS, K Y WARFELMANN, A.C.: 2011:133).

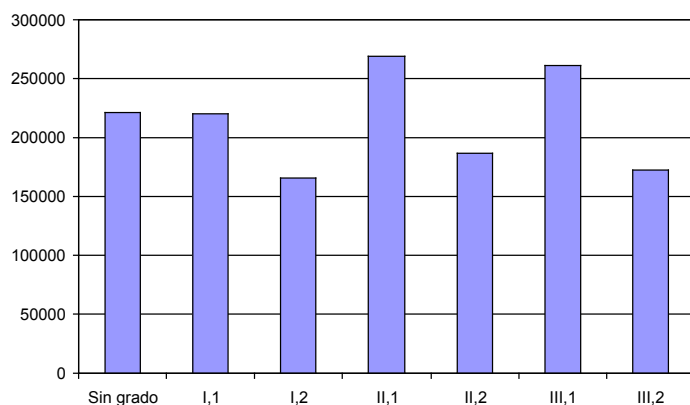
La aplicación del baremo de dependencia en España puso de manifiesto que, según el baremo aprobado en abril de 1997, resultaba una distribución desigual por grados y niveles; a estos efectos ha de tenerse en cuenta que el grado de dependencia en España se mide en grados, que siguen orden ascendente a medida que la dependencia es más grave, y que cada uno de los grados tiene dos niveles, que también son ascendentes; así, el grado I nivel 1 sería la situación más moderada de dependencia, y el grado III nivel 2 la más severa. Parece normal que el número de personas con

dependencia moderada sea mayor que las que se encuentran en situación de dependencia severa. Pues bien, en el Gráfico 1 puede observarse que en España la distribución no sigue una curva normal, en la que sean más numerosas las personas con dependencia moderada, sino que es asimétrica. Una comparativa con lo que sucede en Alemania, don-

EL SAAD PRESENTA
EN LA ACTUALIDAD
EVIDENTES PROBLEMAS DE
SOSTENIBILIDAD, LO QUE
IMPLICA LA NECESIDAD
DE REPLANTEAR SU
FINANCIACIÓN, DE MANERA
QUE SE GARANTICE ÉSTA
EN GRADO SUFICIENTE A
TODAS LAS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS

de existe una distribución más homogénea, puede verse relacionando dicho gráfico con los resultados que se ofrecen, para el país germano, en el **Gráfico 2**.

GRÁFICO 1: Dictámenes de dependencia en España a 1 de diciembre de 2011, por grados y niveles



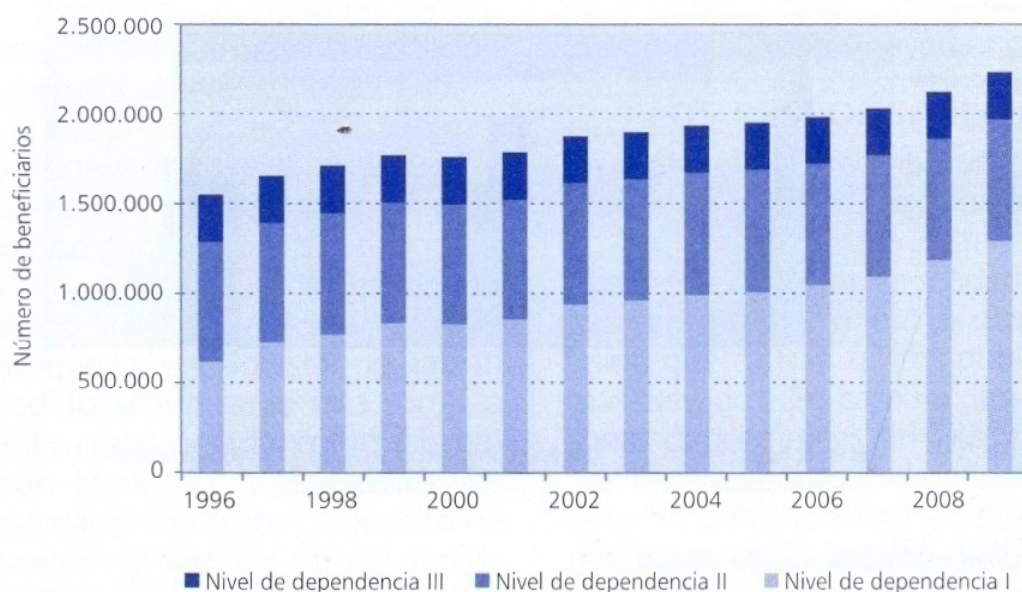
niveles

Fuente: Elaboración propia sobre estadísticas del SAAD (IMSERSO)

Por la razón anterior se llevó a cabo en febrero de 2011 la modificación del baremo de valoración de la dependencia, que entrará en vigor en febrero de 2012. Habrá que estar a la espera de los resultados que se produzcan con este nuevo instrumento de valoración. Pero ello no obsta para que hagamos notar esta circunstancia y la conveniencia de tener un instrumento de valoración convenientemente validado.

GRÁFICO 2: Dictámenes de dependencia en Alemania por grados

Fuente: Hinrichs, K y Warfelmann, A.C.: 2011:129



4.3. Posible introducción del criterio recursos económicos disponibles

Con anterioridad a la promulgación de la LAPAD se examinaban distintas variables para la concesión de plazas residenciales y de centro de día a personas en situación de dependencia, entre ellas, y como más importantes, el grado de dependencia y la capacidad económica del solicitante. Con la LAPAD, al responder al principio de universalidad en el acceso a las prestaciones y teniendo éstas el carácter de derecho subjetivo, se estableció el criterio de dependencia como principal y el económico como secundario, de forma que "la prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante" (artículo 14.6).

Ya desde la aprobación de la Ley muchos nos hemos preguntado hasta qué punto conviene mantener este precepto normativo tal como está redactado, pues las situaciones familiar y social de una persona dependiente, como también la económica, influyen mucho en el modo de atender la dependencia. Es cierto que dichas situaciones se tienen en cuenta a la hora de valorar la situación de dependencia, pero convendría valorar más la situación de determinadas familias que tienen dos o más personas dependientes de grado medio, y con pocos recursos económicos (o con miembros en desempleo), frente a la de quienes, por ejemplo, tienen una persona con dependencia más grave y disponen de mayores recursos económicos para asistirlos. Según la legislación actual la atención de este último caso tiene carácter prioritario sobre los primeros. Si estimamos que esto ha de tenerse en cuenta con carácter ordinario, más aún nos lo parece cuando, a causa de crisis económicas, la renta familiar disminuye.

Con este comentario no pretendemos en modo alguno que se suprima el carácter de derecho subjetivo, establecido por la LAPAD, que tienen las prestaciones de dependencia. Ha sido la principal novedad de la Ley y estimamos que debe hacerse todo lo posible por mantenerla. Ahora bien, el derecho subjetivo que se reconoce por la LAPAD a las prestaciones que establece no es del todo incondicionado, como tampoco lo son otras prestaciones de Seguridad Social, y bien puede establecerse como requisito, además de otros ya existentes como los de nacionalidad, residencia, etc., el disponer de unos recursos económicos determinados, o bien modular la prestación en función de dichos recursos. No sería tampoco mayor novedad, pues este requisito ya existe en prestaciones de derecho subjetivo del sistema de Seguridad Social (las pensiones no contributivas, por ejemplo). Y si la crisis obliga a una restricción del abanico prestacional de nuestro sistema de protección social, que al menos las personas con menos recursos no se vean perjudicadas por ello.

4.4. Mayor control de las prestaciones económicas concedidas

Al hacer el comentario de la Tabla 1 ya se indicó que, en mayo de 2011 se llevó a cabo en el IMSERSO una comparación entre los datos de personas que figuraban como perceptores de prestaciones de la LAPAD y las personas fallecidas facilitadas por el INE. Ese cotejo dio como resultado la existencia de un buen número de personas que estaban en alta en el Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) que habían fallecido.

Aquel hecho nos hace pensar que debe llevarse un mayor control de los beneficiarios de prestaciones económicas, en especial la de cuidados en el entorno familiar, de difícil verificación por otra parte, y a la aplicación de las medidas que contempla la LAPAD destinadas a detectar y perseguir el fraude. En su artículo 39 se dice, al respecto, lo siguiente: "Las Administraciones Públicas velarán por la correcta aplicación de los fondos públicos destinados al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, evitando la obtención o disfrute fraudulento de sus prestaciones y de otros beneficios o ayudas económicas que puedan recibir los sujetos que participen en el Sistema o sean beneficiarios del mismo. Igualmente establecerán medidas de control destinadas a detectar y perseguir tales situaciones. A tales efectos, las Administraciones Públicas desarrollarán actuaciones de vigilancia del cumplimiento de esta Ley y ejercerán las potestades sancionadoras conforme a lo previsto en el Título III de la misma, haciendo uso, en su caso, de las fórmulas de cooperación interadministrativa contenidas en esta Ley". Ha de tenerse en cuenta, como también se dijo,

que más de la mitad de las prestaciones que se conceden, sobre el total de la LAPAD, son prestaciones económicas, lo cual no nos puede permitir la alegría de que personas a las que se le ha extinguido el derecho a la prestación, generalmente por fallecimiento de los perceptores, sigan recibéndola nominalmente y cobrándola sus familiares.

4.5. La aportación económica de los usuarios

La aportación económica de los usuarios es un asunto que está todavía pendiente de resolver de manera del todo satisfactoria. Existe un Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, de 27 de noviembre de 2008 (publicado por Resolución de la Secretaría General de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y Discapacidad, de 2 de diciembre de 2008), por el que se establecen unos criterios comunes. Estos criterios tenían que haber sido objeto de desarrollo por las comunidades autónomas, pero no todas lo han hecho. En cualquier caso, quienes los han desarrollado han configurado un mapa heterogéneo. Otras han optado por seguir manteniendo los precios públicos que, con anterioridad, se pagan en las prestaciones de servicios. Además de todo lo anterior, existe una Sentencia de la Audiencia Nacional que declara nulo uno de los apartados de dicho Acuerdo en lo relativo a las previsiones que contiene sobre los criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del SAAD (SAN 08/02/2011, de 25 de febrero).

ES PRECISO INSISTIR
REPETIDA Y REITERADAMENTE
EN LAS MEDIDAS DE
ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y
SALUDABLE PROPUGNADAS
DESDE TODOS LOS ÁMBITOS,
EN ESPECIAL DESDE
LA OMS

El modelo de aportación de los usuarios que establece la LAPAD es complejo (ALONSO SECO, J.M.: 2010: 308-313). Debería estudiarse un sistema más sencillo que persiguiera los siguientes fines, entre otros: 1) como regla primera y básica, que la persona sin recursos, o con pocos me-

dios económicos, no se vea nunca privada del acceso a ninguna prestación de servicios o económicos; 2) búsqueda de métodos alternativos simples, que no originen gastos burocráticos mayores, para determinar la capacidad económica del beneficiario (MONTSERRAT CODORNIÚ, J., 2011:205); 3) estudio de la conveniencia de seguir incluyendo los bienes patrimoniales como elementos que han de formar parte para el cálculo de la capacidad económica personal, por la

gran burocracia y consiguiente gasto que generan; 4) establecimiento de una aportación por la totalidad de los servicios recibidos, sin que nunca puedan superar el coste de éstos, tal como se efectúa en la actualidad, y que tenga carácter progresivo en función de la capacidad económica de los beneficiarios.

Pensamos, asimismo, que sería interesante establecer con carácter más general una experiencia que se comenzó a aplicar en la Comunidad de Madrid, en 1998, para el acceso a plazas para personas mayores. Junto a las plazas llamadas "de financiación total" porque su coste corría a cargo de la administración autonómica, en las que el usuario pagaba en concepto de precio público en torno al 80% de sus ingresos, había otras, llamadas "cofinanciadas", en las que los usuarios con más medios económicos pagaban una cantidad mayor. Los servicios que se daban en unas y otras eran idénticos. Ello facilitaba que personas con rentas más altas aportaran más por el precio del servicio. Esa modalidad pudiera incluirse en la actual prestación de la LAPAD de "prestación económica vinculada al servicio", aunque haciéndola más flexible de lo que ahora es y suprimiendo el carácter excepcional que ahora tiene. Pensamos que lo importante es facilitar a las familias que lo precisen y lo quieran una plaza en centros residenciales, y aquellas que tienen mayores recursos, sean del propio beneficiario o complementados con los de otros allegados cercanos, pueden verse beneficiadas por tal medida.

4.6. Mejorar la eficiencia en la aplicación de la LAPAD a través de buenas prácticas y gobernanza

Para Sospilla, el SAAD se encuentra actualmente en un proceso de transición desde unas políticas basadas en la buena voluntad de las administraciones públicas a unas políticas que han de implementarse en el marco de un sistema formal, al constituir parte de los derechos de los ciudadanos. Este proceso no tiene retorno, debido a los cambios demográficos y sociales. El SAAD presenta en la actualidad evidentes problemas de sostenibilidad, lo que implica la necesidad de replantear su financiación, de manera que se garantice ésta en grado suficiente a todas las comunidades autónomas para que puedan ofrecer las prestaciones contempladas en la LAPAD en condiciones similares. Se hace necesaria una acción política que defina hasta dónde estamos dispuestos a avanzar en la promoción de la autonomía personal y en la atención a las personas en situación de dependencia y dotar adecuadamente el Fondo de Garantía de Servicios Públicos introducido en la nueva Ley Orgánica de Financiación de las comunidades autónomas, aprobada en 2009, para asegurar que el SAAD recibe los recursos financieros necesarios.

Para el citado autor es necesario mejorar la eficiencia a través de una buena gobernanza, en tres aspectos principales: 1) gestión de la demanda (canalizar las solicitudes de reconocimiento de dependencia, evaluación de las situaciones familiares y sociales, evaluación de recursos, aprobación del programa individual de atención y seguimiento de casos); 2) gestión de la oferta (catálogo de servicios, titularidad, provisión y prestación de servicios); y 3) coordinación sociosanitaria (creación de registros comunes, protocolos de derivación y comunicación, procesos comunes de información e investigación, organización conjunta de la atención médico-farmacéutica, etc.) (SOSVILLA RIVERO, S., 2011:224-233).

No será fácil conseguir esta mejora, pues es conocida la gran atomización de administraciones públicas que existe en España, así como la gran dispersión competencial entre ellas que causa tantas y tantas duplicidades de gestión. Pero es necesario hacer todos los intentos posibles, que en definitiva pueden resumirse en una mejor coordinación entre administraciones, con el fin conseguir una gestión más simplificada, más eficiente y menos costosa.

4.7. Atención especial a la promoción de la autonomía personal y a la prevención de la dependencia

Con frecuencia se habla de la necesidad de atender en primer lugar a las personas con mayor necesidad de asistencia por encontrarse en situación de dependencia grave o severa. Lo cual es innegable, pues esa atención es cuestión de necesidad vital.

Pero no es menos cierto que ha de hacerse todo lo posible para evitar llegar a las citadas situaciones de dependencia severa mediante la correspondiente prevención. Como afirmó un Director General de la OMS, "una onza de prevención vale más que una tonelada de curación." A nuestro juicio nunca se insistirá lo suficiente en las medidas preventivas, siempre menos costosas cuando se realizan a tiempo. Tratándose de la dependencia que, como bien es sabido, afecta cuantitativamente más a las personas de edad avanzada, es preciso insistir repetida y reiteradamente en las medidas de envejecimiento activo y saludable propugnadas desde todos los ámbitos, en especial desde la OMS. Podemos llegar a una edad avanzada en mejores y peores condiciones. Lo que importa, y no sólo por razones económicas como es lógico, es llegar en el mejor estado posible, de forma que no sean necesarios los cuidados de terceras personas o, aun necesitando, no tengan el carácter de absolutamente indispensables para el desenvolvimiento personal que comporta la vida diaria. Dígase lo mismo de la prevención de accidentes, tanto en el trabajo como de tráfico

u otros, que causan importantes discapacidades y situaciones de dependencia; también en este aspecto todo lo que se realice siempre será poco.

4.8. Establecimiento de prioridades en el gasto público

Aunque muy brevemente, queremos referirnos en ese apartado a la necesidad de establecer prioridades en el gasto público, cuestión sumamente difícil por otra parte cuando las cuentas resultan deficitarias y todos los sectores sociales tratan de llevar, por decirlo en lenguaje común, “el ascua a su sardina”.

Debe tenerse presente que las prestaciones de servicios de dependencia no constituyen únicamente una partida económica de gasto corriente, sino una fuente de bienestar para la persona, para los grupos en que se integra, y sector importante generador de empleo estable. Hemos superado ya los tiempos de la beneficencia decimonónica, y la asistencia social del siglo pasado, en los que ambas eran prestaciones residuales. No nos parece que los servicios actuales, incluida en ellos la atención a las situaciones de dependencia, puedan parangonarse con actitudes de mera beneficencia hacia las personas, sino de reconocimiento de derechos. Habrá que hacer lo posible para que éstos se mantengan en la medida de lo posible y, de tenerse que recortar por imperativos insuperables, que los ciudadanos no veamos cómo a nuestro lado se dedica el gasto a otras partidas presupuestarias que también, o posiblemente primero, deben ser recortadas. Y esto vale para todos los momentos, anteriores, presentes y posteriores, porque estamos asistiendo en la actualidad a críticas sobre posibles recortes en el Estado de bienestar, mientras poco o nada se dice sobre otros gastos de menor relevancia.

4.9. Medidas a medio y largo plazo

Con carácter inmediato ya será bastante poder sortear el temporal que tenemos encima. Pero estimo que debe estudiarse la financiación de la dependencia con la serenidad suficiente para que de verdad pueda establecerse un sistema de financiación estable y sostenible en el tiempo, tal como quiere la LAPAD.

En este sentido bueno será estudiar modos alternativos que aseguren su financiación y que tengan un carácter más estable, no sólo a través de impuestos del Estado y de las comunidades autónomas. El recurso a los seguros privados de dependencia, presente en la LAPA así como en otras Leyes anteriores y en el propio Pacto de Toledo, la transformación de los seguros de vida en seguros de dependencia, la regulación y mayor desarrollo de otros instrumentos financieros tales como la hipoteca inversa, la renta inmobiliaria y

ESTIMO QUE DEBE
ESTUDIARSE LA
FINANCIACIÓN DE LA
DEPENDENCIA CON LA
SERENIDAD SUFICIENTE PARA
QUE DE VERDAD PUEDA
ESTABLECERSE UN SISTEMA
DE FINANCIACIÓN ESTABLE
Y SOSTENIBLE EN EL TIEMPO,
TAL COMO QUIERE LA LAPAD

otros similares, pueden ser de gran utilidad para que el sistema de atención a la dependencia no sufra avatares financieros. No nos atrevemos a mencionar la financiación a través de cotizaciones sociales, instrumento que debió articularse en su momento a nuestro juicio, y que hubiera constituido a la dependencia como nuevo riesgo de

protección social que, una vez acaecido, daba derecho a una prestación económica, porque la actual situación de tasa de desempleo, con la consiguiente falta de cotizaciones sociales, no hace el momento propio para ello, pero no estaría de más que también se tuviera en cuenta de cara al futuro; al fin y al cabo la atención a la dependencia entra plenamente de lleno en el concepto constitucional de Seguridad Social.

69

5. A MODO DE REFLEXIÓN FINAL

Hoy mismo, cuando me dispongo a terminar estas líneas, a pocas horas del debate de investidura del que será nuevo Presidente del Gobierno, leo en el periódico Cinco Días un editorial titulado “Esperamos realismo, austeridad y valentía”, en el que, después de describir sucintamente la actual “dramática situación económica” de nuestro país, se hacen algunas propuestas sobre las reformas básicas inmediatas que son necesarias (financiera, laboral, energética, presupuestaria y tributaria, ajuste del gasto público), que deben ir acompañadas de mejoras en educación, sanidad y justicia, con la finalidad última de no dar pasos atrás en el Estado del bienestar.

La crisis por la que atravesamos es demasiado profunda para no pensar que ha de afectar a muchos sectores de la actividad, entre ellos quizá también los relativos a la protección social. Ante este panorama es bastante probable que surjan dos posicionamientos contrarios: el de quienes se opongan sistemáticamente a cualquier recorte en prestaciones sociales anteriormente establecidas, y el de las que consideran inevitable la restricción del gasto en materia social guiados por la perentoria necesidad de reducir el déficit público. Lo más inteligente, a nuestro juicio, es

buscar una vía intermedia, que no será evidentemente nada fácil.

Y a este respecto bueno es recurrir a la historia. Nuestro país ha sido testigo, a lo largo de los siglos, de verdaderos problemas en materia de atención a las personas en situación de mayor vulnerabilidad social, y en él se dieron importantes debates doctrinales sobre los diversos modos de solución. Por no remontarnos a un pasado muy lejano, sería bueno que mirásemos retrospectivamente a lo que fue el sistema público de beneficencia del siglo XIX, no sólo a la bondad de sus planteamientos, sino también a la ineficacia de sus resultados por falta precisamente de financiación. Pero es también probable que, si aquella ineficacia no hubiera existido, no habría surgido más pujante en nuestro país un sistema más protector de los trabaja-

DEBEMOS TENER, EN LO QUE SE REFIERE AL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE BIENESTAR SOCIAL, UNA VISIÓN QUE PERMITA SU SOSTENIMIENTO EN EL TIEMPO

dores y de sus familias, como fue el de Seguridad Social. Con esto queremos decir que debemos tener, en lo que se refiere al mantenimiento de sistemas de bienestar social, una visión que permita su sostenimiento en el tiempo.

En cualquier caso, y por muchas que sean las dificultades actuales, tengamos siempre optimismo en la fortaleza de nuestros sistemas de protección social y, especialmente, en nuestras posibilidades, porque de momentos más difíciles hemos salido. Afortunadamente, y estas palabras finales las redacto después de escuchar al que será nuevo Presidente de Gobierno, ha sido agradable escucharle que “también, y en colaboración y diálogo con las comunidades autónomas, manifestamos nuestra voluntad de mantener y mejorar los servicios públicos y el servicio de la dependencia” (*Diario de Sesiones del Congreso*, X legislatura, nº 2, 19 de diciembre de 2011, pág. 16) y que “es mi voluntad la de atender a las personas dependientes, como es mi voluntad tantas y tantas veces manifestada y reiterada la de apoyar un sistema de pensiones público, un sistema educativo público y un sistema sanitario público” (*ibidem*, pág. 67). ●

6. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO SECO, J.M. (2010): “Financiación de la atención a la dependencia”, en Dependencia y Servicios Sociales, Aranzadi, Cizur Menor.

CERVERA MACIÁ, M., HERCE SAN MIGUEL, J. A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G. Y SOSVILLA RIVERO, S. (2009): Informe final del Grupo de Expertos para la evaluación del desarrollo y aplicación efectiva de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción y Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Primera parte: valoración, IMSERSO, Madrid.

CONSEJO EUROPEO (2011): Recomendación del Consejo relativa al programa nacional de reforma de 2011 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el programa de estabilidad actualizado de España (2011-2014) SEC (2011) 817 final.

El copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, (2011) Papeles de Economía Española, nº 129.

DEFENSOR DEL PUEBLO (2010), Informe anual 2010.

DIZY MENÉNDEZ, D. (Dir.) (2006): Las personas mayores en situación de dependencia: propuesta de un

modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España, Edad&Vida, Madrid.

“Financiación de los servicios sociales con especial referencia a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Situación y propuestas de mejora”, en CASADO, D. y FANTOVA, F. (Coords.) (2007): Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia, Fundación Foessa y Caritas, Madrid.

HINRICHS, K y WARFELMANN, A.C. (2011): “El seguro social de dependencia en Alemania”, Papeles de Economía Española, nº 129.

El impacto de la Ley de Dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago, (2008) Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.

IMSERSO (2004): Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco, Madrid.

Informe final del Grupo de Expertos para la evaluación del desarrollo y aplicación efectiva de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción y Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Segunda parte: documento técnico

de apoyo para la elaboración de las recomendaciones, (2009) IMSERSO, Madrid.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. y FANER AGUILÓ, F. (2011): "Consideraciones para la reforma y mejora de la aplicación de la Ley de Dependencia a partir de la observación de sistemas comparados", Papeles de Economía Española, nº 129.

MARTÍN-SERRANO JIMÉNEZ, E. (2009): "La necesidad de un nuevo modelo de financiación del Sistema de Dependencia: análisis de los desequilibrios actuales que financian las prestaciones económicas respecto de los servicios y no incentiva la plena implantación de las coberturas", en Revista de Servicios Sociales y Política Social nº 88.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011): Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Per-

sonal y Atención a las personas en situación de dependencia. 2011.

MONSERRAT CODORNIÚ, J. (2004), "Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual", en CASADO PÉREZ, D. (Dir.) (2004): Respuestas a la dependencia, CCS, Madrid.

OCDE (2011): Health Data 2011.

Las personas mayores en España, Informe 2008

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1999), "El gasto público en protección de la dependencia", en RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coord.) (1999): La protección social de la dependencia, IMSERSO, Madrid, 1999.

SOSVILLA RIVERO, S. (2011): "La eficiencia en la dependencia: mejores prácticas y gobernanza", Papeles de Economía Española, nº 129.

Seguridad Social en América Latina y Conosur: mitos, desafíos, estrategias y propuestas desde una visión sindical

Ernesto Murro, Miembro de la Mesa Directiva de la Asociación Internacional de Seguridad Social(AISS)

Este extenso artículo se refiere a una serie de Mitos, Desafíos, Estrategias y Propuestas referentes a cuestiones de importante calado, así como a criterios, razonamientos y pistas, que en todos los casos plantean interrogantes cuyas respuestas no han sido consensuadas desde hace muchos años.

En definitiva, a pesar de haber sido redactado en 2004, le adorna la importante característica de haber mantenido su plena vigencia, tras el paso de los años, acercándose a la difícil categoría de lo intemporal.

http://www.ataass.org/c/document_library/get_file?p_l_id=15073&folderId=27920&name=DLFE-1305.pdf

lo formará el empeño conjunto de las instancias europeas, las autoridades nacionales y los agentes sociales, a los que se hace un llamamiento para lograr las metas propuestas, y se trabajará sobre los informes y evaluaciones de Europa 2020 y el Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC), directrices integradas Europa 2020 y recomendaciones políticas a los estados miembros.

Este documento viene a reforzar la celebración del Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social y, en este ámbito, se propone reducir la pobreza en un 25 %, rescatando así a más de 20 millones de personas de esta situación, y desplegar los sistemas de seguridad social y de pensiones, para asegurar un apoyo adecuado a las rentas y el acceso a la atención sanitaria.

Como complemento se presentan 3 anexos:

- 1- Europa 2020 – Resumen (objetivos principales)
- 2- Arquitectura Europa 2020
- 3- Calendario 2010-2012

http://www.ataass.org/c/document_library/get_file?p_l_id=15073&folderId=27920&name=DLFE-1303.pdf

¿Cómo gestionan la sanidad los grandes países de la UE?

Domingo Soriano

Se alude en este artículo a una polémica que se avivó en la campaña electoral española reciente, la del copago sanitario, que permanece silente pero que entrará en erupción a corto plazo y que acapará muchas primeras páginas, así como debates televisivos y radiofónicos.

Como indica Domingo Soriano, el copago no es más que una circunstancia más en la intrincada y grave situación de un sistema de salud gratuito y omniprestacional, al que se confiere un poder taumatúrgico universal capaz de modificar del todo y a corto plazo, unas conductas ciertamente muy arraigadas.

http://www.ataass.org/c/document_library/get_file?p_l_id=15073&folderId=27920&name=DLFE-1304.pdf

“EUROPA 2020”: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador

Bruselas, 3.3.2010 COM(2010) 2020 final

La Unión Europea confía en la capacidad de sus instituciones comunes y en la de los Estados miembros para salir de la actual crisis. Con este objetivo primordial se ha establecido la Estrategia europea para 2020, presentada en un documento de carácter optimista.

Son tres las prioridades sobre las que se propone actuar:

- Crecimiento inteligente: desarrollo de una economía basada en el conocimiento y la innovación..
- Crecimiento sostenible: promoción de una economía que haga un uso más eficaz de los recursos, que sea más verde y competitiva.
- Crecimiento integrador: fomento de una economía con alto nivel de empleo que tenga cohesión social y territorial.

Para cada una de estas prioridades se fijan unos objetivos cuantificables y se plantean estrategias creíbles, con medias concretas. El denominador común

ACTUALIDAD LEGISLATIVA Y JURISPRUDENCIAL

Con independencia de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social, de la que se trata en la sección de Análisis de este número, es oportuno reseñar otras disposiciones en materia de Seguridad Social que se han publicado en el segundo semestre del año 2011.

LEY 28/2011 de 22 de septiembre, por la que se procede a la integración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen General de la Seguridad Social

El Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social era uno de los que integraban el Sistema de la Seguridad Social conforme a los artículos 9 y 10 de la Ley General de la Seguridad Social.

Su ámbito de aplicación personal estaba formado por trabajadores por cuenta ajena dedicados a las actividades agrícolas, forestales y pecuarias, así como por trabajadores por cuenta propia titulares de pequeñas explotaciones cultivadas por ellos directa y personalmente.

Avanzando en la línea de la Recomendación VI del Pacto de Toledo, sobre simplificación e integración de regímenes especiales, la Ley 18/2007, de 4 de julio (BOE 5 de julio), procedió, con efectos de 1 de enero de 2008, a la integración de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

Con fundamento en la misma Recomendación VI del Pacto de Toledo y en el Acuerdo sobre medidas en materia de Se-

guridad Social, suscrito el 13 de julio de 2006 entre el Gobierno y los Agentes Sociales, se acordó igualmente la integración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, que había quedado reducido como se ha indicado, desde 1 de enero de 2008 a los Trabajadores por Cuenta Ajena, en el Régimen General de la Seguridad Social.

A tal efecto, se publica la Ley 28/2011, de 22 de septiembre, con dos objetivos básicos:

a) La integración en el Régimen General de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta ajena incluidos en el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, así como de los empresarios a los que prestan sus servicios.

b) La creación de un Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Ajena Agrarios en el cual, manteniendo el ámbito subjetivo de aplicación existente en el Régimen Especial Agrario con exclusión de los requisitos de habitualidad y medio fundamental de vida, se afiancen las garantías de empleo y de cobertura de los trabajadores agrarios por cuenta ajena a través de un nuevo modelo de cotización y de protección, dentro de un contexto de impulso de la creación de riqueza en el sector.

La Ley se publicó en el BOE el día 23 de septiembre de 2011 y, de acuerdo con la disposición final sexta, entra en vigor el 1 de enero de 2012.

LEY 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE 5-10-2011)

El objeto de esta Ley es dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución

Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población.

De esta Ley deberemos destacar la disposición adicional sexta, que literalmente establece:

1. Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

Esta extensión, que tendrá como mínimo el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se hace sin perjuicio de lo expresado en los apartados siguientes y de la exigencia de las correspondientes obligaciones a aquellos terceros legalmente obligados al pago de dicha asistencia de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y de lo dispuesto en los reglamentos comunitarios europeos y convenios internacionales en la materia.

La extensión prevista en este apartado será efectiva para las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Para el resto de colectivos afectados se realizará, atendiendo a la evolución de las cuentas públicas, en los términos previstos en el apartado 3.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que man-

tendrán su régimen jurídico específico. Al respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo a la normativa vigente.

3. En el plazo de seis meses, el Gobierno determinará reglamentariamente, los términos y condiciones de la extensión del derecho para quienes ejerzan una actividad por cuenta propia.

LEY 35/2011, de 4 de octubre, sobre titularidad compartida de las explotaciones agrarias

El artículo 10 de esta ley establece como medidas en materia de Seguridad Social lo siguiente:

1. El ejercicio de una actividad agraria por parte de las personas titulares de una explotación agraria de titularidad compartida determina la inclusión en el sistema de la Seguridad Social.

2. El cónyuge de la persona titular de una explotación agraria a que se refiere la disposición adicional primera de la Ley 18/2007, de 4 de julio, por la que se procede a la integración de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, que se constituya en titular de la explotación agraria de titularidad compartida, tendrá derecho a los beneficios en la cotización a la Seguridad Social a que se refiere la citada disposición, siempre que se cumplan las condiciones en ella establecidas.

3. Lo previsto en el apartado anterior será aplicable al miembro de la pareja de hecho que se constituya en titular de explotación agraria en régimen de titularidad compartida, una vez que se regule, en el

ámbito de aplicación del sistema de la Seguridad Social y de los Regímenes que lo forman, el alcance del encuadramiento de las parejas de hecho de los titulares de explotaciones agrarias, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional segunda de la citada Ley 18/2007, de 4 de julio.

LEY 36/2011, de 10 de octubre, Reguladora de la Jurisdicción Social

Esta Ley viene a sustituir, por derogación, a la hasta ahora vigente Ley de Procedimiento Laboral, aprobada como Texto Refundido por el Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril.

La Ley, publicada en el BOE el 11 de octubre de 2011, tiene como fecha de entrada en vigor la de 11 de diciembre de 2011 (dos meses desde su publicación, según la disposición final séptima).

La Ley concentra en el orden social, por su mayor especialización, el conocimiento de todas aquellas materias que, de forma directa o por esencial conexión, puedan calificarse como sociales.

Su objetivo principal es establecer, ampliar, racionalizar y definir con mayor claridad el ámbito de conocimiento del orden jurisdiccional social, con fundamento en su mayor especialización, conocimiento más completo de la materia social y marco procesal especialmente adecuado a los intereses objeto de tutela de este orden.

Como indica el propio preámbulo de la Ley, ésta mantiene la estructura de su antecesora, de forma que el texto actual consolida los principios rectores, distribución de reglas y organización interna de la anterior, de probada eficacia para la resolución de los conflictos en un tiempo menor al que se requiere en otros órdenes jurisdiccionales y altamente valorada por los profesionales que han debido aplicar la misma. La continuidad en el diseño procesal ha permitido respetar la evolución tradicional de nuestra legislación en este ordenamiento, evitando

una reforma que pudiera distorsionar, siquiera mínimamente, el normal funcionamiento del mercado de trabajo o los marcos laborales asentados.

No por ello se renuncia a introducir importantes mejoras que implican una estimulación de la jurisdicción para proyectarla como auténticamente social. Se modifica en consecuencia el ámbito del conocimiento del orden jurisdiccional social, que se amplía, racionaliza y clarifica respecto a la normativa anterior, lo que constituye la principal novedad.

En materia de Seguridad Social destacaremos la modificación del artículo 71 relativo a la reclamación previa en materia de prestaciones de Seguridad Social. Así, se exceptúan de reclamación previa los procedimientos de impugnación de las resoluciones administrativas expresas en las que se acuerda el alta médica emitidas por los órganos competentes de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social al agotarse el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de la prestación de incapacidad temporal.

En los procedimientos de impugnación de altas médicas no exentos de reclamación previa, ésta se interpondrá en el plazo de once días desde la notificación de la resolución.

En los procedimientos de impugnación de altas médicas en los que deba interponerse reclamación previa, el plazo para la contestación de la misma será de siete días entendiéndose desestimada una vez transcurrido dicho plazo.

En los procesos de impugnación de altas médicas el plazo en el que habrá de formularse la demanda será de veinte días, que cuando no sea exigible reclamación previa se computará desde la adquisición de plenos efectos del alta médica o desde la notificación del alta definitiva acordada por la Entidad Gestora.

También el artículo 96 del anterior texto, que ahora lleva por título “carga de la prue-

ba en casos de discriminación y en accidentes de trabajo”, se modifica mediante la adición de un número 2, que establece que en los procesos sobre responsabilidades derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales corresponderá a los deudores su seguridad y a los concurrentes en la producción del resultado lesivo probar la adopción de las medidas necesarias para prevenir o evitar el riesgo, así como cualquier factor excluyente o minorador de su responsabilidad. No podrá apreciarse como elemento exonerador de la responsabilidad la culpa no temeraria del trabajador ni la que responda al ejercicio habitual del trabajo o a la confianza que éste inspira.

REAL DECRETO 1493/2011, de 24 de octubre, por el que se regulan los términos y las condiciones de inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social de las personas que participen en programas de formación, en desarrollo de lo previsto en la disposición adicional tercera de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social (BOE 27-10-2011)

La Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social, en su disposición adicional tercera, relativa a la Seguridad Social de las personas que participan en programas de formación, dispone que el Gobierno, en el plazo de tres meses a partir de la publicación de dicha Ley, en base a las previsiones contenidas en el artículo 97.2.m) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y en los términos y condiciones que se determinen reglamentariamente, establecerá los mecanismos de inclusión en la Seguridad Social de los participantes en programas de formación financiados por entidades y organismos públicos o privados que, vinculados a estudios universitarios o de formación profesional, conlleven contraprestación

económica para los afectados, siempre que, en razón de la realización de dichos programas y conforme a las disposiciones en vigor, no viniesen obligados a estar de alta en el respectivo Régimen de la Seguridad Social.

Por este Real Decreto se procede a la integración en el Régimen General de la Seguridad Social, como asimiladas a trabajadores por cuenta ajena, de las personas que participan en los referidos programas de formación que incluyan la realización de prácticas formativas en empresas, instituciones o entidades y no tengan carácter puramente lectivo, siempre que tales prácticas no den lugar al establecimiento de una relación laboral.

En cumplimiento, asimismo, de lo previsto en la citada disposición adicional tercera de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, también se regula, en la disposición adicional primera de este Real Decreto, la suscripción de convenio especial con la Tesorería General de la Seguridad Social por parte de las personas que con anterioridad a su fecha de entrada en vigor se hubieran encontrado en la situación regulada por el mismo, a fin de permitir el cómputo de cotización por los períodos de formación realizados antes de esa fecha, hasta un máximo de dos años.

REAL DECRETO 1541/2011, de 31 de octubre, por el que se desarrolla la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de la actividad de los trabajadores autónomos (BOE 1-11-2011)

La disposición adicional cuarta de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajador Autónomo, mandaba al Gobierno para que elaborase un proyecto de Ley que regulase un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos. El proyecto de Ley fue elaborado y tramitado en las Cortes Generales, dando lugar a la aprobación de la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la

que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos.

El Real Decreto 1541/2011, constituye el desarrollo reglamentario de la Ley con el fin de articular las reglas concretas de funcionamiento del sistema de protección por cese de actividad, tanto en lo referente a los documentos a presentar por los trabajadores autónomos que se vean en la situación de tener que cesar en la actividad, como en los procedimientos que deben llevar a cabo los órganos gestores para el reconocimiento del derecho a la protección, abono de las prestaciones reconocidas y control de las mismas.

REAL DECRETO 1596/2011, de 4 de noviembre, por el que se desarrolla la disposición adicional quincuagésima tercera de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en relación con la extensión de la acción protectora por contingencias profesionales a los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar (BOE 2-12-2011)

Este Real Decreto se dicta en desarrollo de la disposición final tercera, nueve, de la Ley 39/2010, de 22 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2011, que añadió una nueva disposición adicional, la quincuagésima tercera, a la Ley General de la Seguridad Social, mediante la cual se extiende, con efectos de 1 de enero de 2011, la acción protectora por contingencias profesionales a los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar.

El Real Decreto 1596/2011 entra en vigor el 1 de enero de 2012. Por ello, teniendo en cuenta que en esa misma fecha se integra el Régimen Especial de empleados de Hogar en el Régimen General, conforme a lo establecido en la disposición adicional trigésima novena de la Ley 27/2011, sobre actua-

lización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, la virtualidad del citado Real Decreto se extiende hasta el 30 de junio de 2012, en tanto se cumplan las previsiones contenidas en el número 4 de la citada disposición adicional trigésima novena de la Ley 27/2011.

REAL DECRETO 1621/2011, de 14 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento general de recaudación de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio. (BOE 17-11-2011)

Por este Real Decreto se adapta el Reglamento general de recaudación de la Seguridad Social a la reciente aprobación de diversas normas legales y en especial a la nueva disposición adicional quincuagésima de la Ley General de la Seguridad Social, añadida a dicho texto legal por la disposición final quinta de la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos, relativa a las notificaciones de actos administrativos en el ámbito de la Seguridad Social por medios electrónicos, informáticos y telemáticos.

REAL DECRETO 1622/2011, de 14 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre (BOE 17-11-2011)

Como indica el preámbulo este Real Decreto se limita a desarrollar reglamentariamente los asuntos inaplazables en coherencia con el actual marco normativo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, dejando al margen otros aspectos que han de ser abordados en el marco del diálogo social y de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social,

que en su disposición adicional decimocuarta establece que el Gobierno, con la participación de los agentes sociales, abordará en el plazo de un año una reforma del marco normativo de aplicación a las mutuas, con arreglo a los criterios y finalidades que en dicha disposición se señalan.

REAL DECRETO 1698/2011, de 18 de noviembre, por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social (BOE 23-11-2011)

Como ya se ha indicado en este número al comentar la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, este Real Decreto viene a cumplimentar lo establecido en su disposición adicional vigésima tercera.

Ahora bien, no es esta la única referencia que sobre los coeficientes reductores de la edad de jubilación se contiene en una disposición legal. De ello, así como del contenido del Real Decreto, es suficientemente ilustrativo el preámbulo del mismo, que por su interés se reproduce:

“El artículo 161 bis.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, incorporado por la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, prevé que la edad mínima de 65 años exigida para tener derecho a pensión de jubilación en el Régimen General de la Seguridad Social podrá ser rebajada por real decreto, a propuesta del Ministro de Trabajo e Inmigración, en aquellos grupos o actividades profesionales en las escalas, categorías o especialidades, cuyos trabajos sean de naturaleza excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre y acusen elevados índices de morbilidad o mortalidad, siempre que los trabajadores afectados acrediten en la respectiva profesión o trabajo el mínimo de actividad que se establezca.

Por otra parte, por medio de la disposición adicional segunda de la citada Ley 40/2007, de 4 de diciembre, se incorpora una nueva disposición adicional, la cuadragésima quinta, en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, a través de la cual se da soporte normativo al compromiso asumido al respecto en el Acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social, suscrito el 13 de julio de 2006 por el Gobierno y los interlocutores sociales. En dicha disposición, y a efectos de lo indicado en el referido artículo 161 bis.1, se determina que se establecerá reglamentariamente el procedimiento general que debe observarse para rebajar la edad de jubilación.

Asimismo, la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, determina, en su disposición adicional vigésima tercera, en vigor desde el 2 de agosto de 2011, fecha de publicación de la ley en el «Boletín Oficial del Estado», que el Gobierno aprobará las normas necesarias sobre el procedimiento general de aprobación de coeficientes reductores de la edad de jubilación en los distintos sectores y ámbitos de trabajo.

Dicho procedimiento exige la realización previa de estudios sobre siniestralidad en el sector, penosidad, en la que se tendrá en cuenta a estos efectos la turnicidad, el trabajo nocturno y el sometimiento a ritmos de producción, la peligrosidad y toxicidad de las condiciones del trabajo, su incidencia en los procesos de incapacidad laboral que genera en los trabajadores y los requerimientos físicos exigidos para el desarrollo de la actividad.

Además, el establecimiento de coeficientes reductores de la edad de jubilación, que sólo procederá cuando no sea posible la modificación de las condiciones de trabajo, conllevará los ajustes necesarios en la cotización para garantizar el equilibrio financiero. Por tal motivo, podrán aplicarse diferentes coeficientes reductores de la edad y recargos variables en la cotización,

en función de las condiciones de trabajo en cada actividad.

En consecuencia, la ley se decanta por un procedimiento reglado y, asimismo, la implantación de nuevos coeficientes tendrá carácter sustitutivo, pues ante todo primará la salud de los trabajadores imponiendo una modificación de las condiciones en que ejecutan su trabajo.

Por otra parte, la nueva redacción dada por el artículo 9 de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, a la disposición adicional octava, apartado 1, en relación con la nueva disposición adicional cuadragésima quinta, ambas de la Ley General de la Seguridad Social, establece la posibilidad de aplicar los coeficientes reductores de la edad de jubilación a todos los regímenes, si bien será necesario esperar al correspondiente desarrollo y procedimiento general reglamentario.

Finalmente, el artículo 26.4 de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo, también dispone que, en atención a la naturaleza tóxica, peligrosa o penosa de la actividad ejercida, y en los términos que reglamentariamente se establezcan, los trabajadores autónomos afectados que reúnan las condiciones establecidas para causar derecho a la pensión de jubilación, con excepción de la relativa a la edad, podrán acceder a la jubilación anticipada, en los mismos supuestos y colectivos para los que esté establecido dicho derecho respecto de los trabajadores por cuenta ajena.

Por todo ello, cuando de los estudios llevados a cabo en un colectivo o sector laboral se desprenda que, o bien existen excepcionales índices de penosidad, toxicidad, peligrosidad o insalubridad y, asimismo, acusen elevados índices de morbilidad o mortalidad en el desarrollo de su actividad, o bien que los requerimientos psicofísicos que se exigen para el ingreso en el colectivo y el desarrollo de la actividad no pueden hacerse a partir de unas determinadas edades, aún en el supuesto

en que el desarrollo de la misma no lleve consigo un incremento del índice de siniestralidad, se entenderán cumplidos los requerimientos exigidos en la legislación, respectivamente, para la reducción de la edad de acceso a la jubilación, como consecuencia de la realización de trabajos considerados de naturaleza excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre, o para la anticipación de la edad como consecuencia de actividades en las escalas, categorías o especialidades correspondientes, inviables a cierta edad.

El procedimiento general que se implanta facilita que los trabajadores se beneficien, en primer lugar, de una mejora de sus condiciones de trabajo y, en último término, si ello no es posible, de una rebaja de su edad de jubilación, con el beneficio añadido de la consideración como cotizado del tiempo que corresponda de reducción de la edad.

En varios países de la Unión Europea también se contempla la posibilidad de la jubilación anticipada, por haber realizado trabajos que impliquen penosidad, toxicidad, peligrosidad o insalubridad, exigiéndose la acreditación de ciertos periodos mínimos de desempeño de trabajo en la actividad de que se trate, para poder obtener la reducción de la edad necesaria para causar la pensión.

Este procedimiento se aplicará, en todo caso, a nuevos colectivos, sectores o actividades, en las escalas, categorías o especialidades correspondientes, que actualmente no tienen reducción de la edad de jubilación, pero no afectará a los trabajadores que ya la tengan, tales como mineros, personal de vuelo, bomberos, etc., si bien estos colectivos también podrán solicitar la modificación de sus coeficientes reductores, a través del procedimiento general establecido en el real decreto.

El contenido de este real decreto no agota el mandato de la disposición adicional vigésima tercera de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, por lo que de futuro podrán ac-

tualizarse las correspondientes normas reglamentarias, cuando así resulte conveniente a la vista de la evolución legislativa y de las circunstancias que dieron lugar al establecimiento de los correspondientes coeficientes o a las medidas de adelanto de la edad de jubilación.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Trabajo e Inmigración, con la aprobación previa del Vicepresidente del Gobierno de Política Territorial y Ministro de Política Territorial y Administración Pública, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 18 de noviembre de 2011”.

ORDEN TIN/33562011, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social (BOE 6-11-2011)

Esta orden viene a desarrollar lo dispuesto en los apartados 1 y 2 de la disposición adicional segunda de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. El apartado 1 de la citada disposición adicional establece que el Ministerio de Trabajo e Inmigración determinará, a partir de la publicación de la Ley, las modalidades de convenios especiales con la Seguridad Social que deberán suscribirse necesariamente antes del transcurso de un determinado plazo, a contar desde la fecha en que se haya causado baja en el régimen correspondiente o extinguido el derecho a las prestaciones de desempleo.

A su vez, el apartado 2 de la citada disposición adicional, faculta al Ministerio de Trabajo e Inmigración para regular, en los términos y condiciones que determine, la suscripción de convenio especial con la Seguridad Social por parte de aquellos españoles que, sin haber estado previamente afiliados al sistema de la Seguridad Social, participen en el extranjero, de forma remunerada en programas formativos

o de investigación sin quedar vinculados por una relación laboral.

REAL DECRETO-LEY 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público (BOE 31-12-2011 -corrección de errores BOE 11-1-2012-)

Del contenido de este Real Decreto-Ley hay que destacar, en materia de Seguridad Social, lo siguiente:

Revalorización de pensiones y otras prestaciones

La novedad fundamental que establece en esta materia el Real Decreto-ley es que levanta la suspensión de la aplicación de lo previsto en el apartado 1.1 del artículo 48 de la Ley General de la Seguridad Social, que, para las pensiones contributivas, excepto para las pensiones mínimas del

Sistema de la Seguridad Social, determinó el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

En el capítulo III del Real Decreto-Ley se establece con carácter general una revalorización del uno por ciento. En igual porcentaje se incrementan las cuantías de los límites de percepción de pensiones públicas, de ingresos para el reconocimiento de complementos económicos por mínimos y de las prestaciones familiares de la Seguridad Social por hijo a cargo.

Los importes de las cuantías mínimas de pensión y de otras pensiones y prestaciones sociales públicas, así como del límite máximo se recogen en el anexo I del Real Decreto-Ley.

El capítulo VI establece la actualización de las bases y tipos de cotización a la Seguridad Social, desempleo, protección por

cese de actividad, fondo de garantía salarial y formación profesional.

Pensiones de viudedad

En virtud de la disposición adicional novena del Real Decreto-ley se aplaza la aplicación de lo establecido en la disposición adicional trigésima de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, de actualización, adecuación y modernización del Sistema de la Seguridad Social, en relación con la cuantía de la pensión de viudedad a favor de pensionistas con 65 o más años que no perciban otra pensión pública.

Permiso de paternidad

Por la disposición final octava del Real Decreto-Ley, se prorroga hasta el 1 de enero de 2013 la entrada en vigor de la ampliación de la duración del permiso de paternidad en los casos de nacimiento, adopción o acogida establecido en la Ley 9/2009, de 6 de octubre. ●

INTERNACIONAL

ALEMANIA

Los buenos índices del empleo en el país auguran una subida de las pensiones para el 2012 de un 2,3% en Alemania occidental y de un 3,2% en la parte oriental. Igualmente esta situación permitiría reducir las cotizaciones al seguro de pensiones de un 19,9% a un 19,6%, lo que supondría bajar la carga recaudatoria para trabajadores y empresarios en 1.400 millones de euros respectivamente. Sin embargo, la Confederación Alemana de Contribuyentes no interpreta tan alegremente los datos que maneja el Gobierno y opina que hay que continuar reduciendo la deuda estatal que asciende a 2,27 billones de euros. En este sentido la confederación propone que se haga efectiva la jubilación de los funcionarios a los 67 años en el 2019, en lugar de esperar 10 años más, tal y como está previsto en la legislación actual.

ARGENTINA

El Gobierno argentino ha incrementado las cuantías sociales de protección para las familias. Este aumento se ha concretado en las ayudas por hijo y embarazadas, que ha supuesto un total de 15.000 millones de pesos hasta finales del año 2011, y en modificar los topes para las asignaciones familiares de los trabajadores en relación de dependencia (3.125 millones de pesos más en este capítulo). Y todo ello en un momento en que la cartera de activos de la Administración Nacional de la Seguridad Social contaba con pérdidas de un 4,8% de su valor total, por las oscilaciones del mercado, a 30 de junio de 2011. Aún así, estas decisiones gubernamentales han permitido actualizar los ingresos frente a la subida de precios y que el índice de pobreza entre los jóvenes menores de 18 años haya descendido en un 4,4%.

BÉLGICA

La pensión media en Bélgica (unos 1.150 euros/mes) no es suficiente para llevar un nivel de vida digno, según un estudio de la Unión Cristiana de Pensionistas. Estiman que se necesitarían unos 300 euros de incremento y para ello proponen dos medidas. La primera es que se iguale la pensión con el salario mínimo garantizado (1.300 euros netos) y la segunda, que se calcule la pensión sobre los mejores 25 años de la vida laboral. Tal vez la solución pase por la lucha contra el fraude social que se presenta a través de fórmulas de estafa como la anulación, de común acuerdo, del contrato de trabajo tras un solo día de empleo para percibir las

ayudas sociales. Y también por la reestructuración de las prejubilaciones que en años anteriores han permitido el despido de trabajadores de solo 50 años.

CANADÁ

Los estudios sobre previsiones de retiro, realizados desde 1990 en Canadá, confirman que una mayoría de trabajadores canadienses bien continuará trabajando tras la jubilación, bien retrasará el momento de convertirse en pensionista. Las razones que argumentan son variadas, pero una gran parte de ellas se vinculan al ámbito económico. Entre estas últimas destacan las bajas cuantías de las pensiones públicas, el escaso rendimiento de los ahorros e incluso la pérdida de los mismos por las oscilaciones de los mercados y el bajo nivel de ahorro debido a la reducción de los salarios. Por otro lado también los hay que opinan que con 65 años aún se sienten jóvenes y sanos y prefieren seguir trabajando.

COSTA RICA

El Alto tribunal de Costa Rica declaró inconstitucional el proyecto de jubilación anticipada propuesto por el Partido Accesibilidad Sin Exclusión (PASE). Según este proyecto, los trabajadores podrían jubilarse cinco años antes de la edad prevista en su régimen de pensiones, siempre y cuando abonasen por adelantado las últimas 60 cuotas. Los magistrados decidieron por unanimidad rechazar esta iniciativa porque violenta la autonomía de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) sobre la administración del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y porque va en contra del principio de solidaridad que rige las pensiones de la CCSS, según el cual el sistema debe recibir contribuciones económicas de tres partes: trabajador, patrono y Estado y el proyecto no especificaba la forma en que el Estado y los empresarios ayudarían a financiar ese adelanto de cuotas.

ESTADOS UNIDOS

La Administración de Seguridad Social incrementará las pensiones en este año 2012, después de haber estado congeladas desde 2009. El aumento será de un 3,6%, respondiendo así al incremento del coste de la vida, lo cual supondrá unos 516 dólares anuales para las pensiones medias. Serán beneficiarios de este aumento los casi 55 millones de pensionistas contributivos más los 8 millones de prestaciones no contributivas o de complementos a mínimos. También se incrementará la base máxima de cotización

hasta los 110.100 dólares frente a los 106.800 anteriores. Lo que, por el contrario, no se modificará es la reducción de tipos de cotización a la Seguridad Social hasta el 3,1% (en el 2011 estaba en el 4,2), ya que el Senado ha bloqueado esta medida por falta de acuerdo en la financiación del recorte.

FRANCIA

El Parlamento Francés aprobó en noviembre de 2011 la Ley de Presupuestos de la Seguridad Social para el año siguiente, con un claro objetivo de ahorro. Entre las nuevas medidas de esta Ley destacan la reducción de los importes en las exoneraciones de la cotizaciones sociales, la modificación del cálculo de las prestaciones por incapacidad temporal y la búsqueda de nuevas fuentes de ingresos, como el impuesto sobre el patrimonio, y la fiscalidad sobre productos nocivos para la salud (tabaco, alcohol, bebidas azucaradas, emisión de CO2 de los automóviles).

MÉJICO

Según un informe del Taller Internacional Encrucijadas, Prospectivas y Propuestas sobre la Seguridad Social en Méjico, este país ofrece una débil cobertura en los servicios ofrecidos hacia personas afectadas por el desempleo y la pobreza. La debilidad en pensiones y en financiación de la salud se debe a la situación actual de crisis, con una economía ralentizada, en la que resulta más difícil recaudar los fondos necesarios. Este Taller Internacional fue organizado por la Universidad Nacional Autónoma de Méjico, la OIT y otras instituciones.

PORTUGAL

El sistema de seguridad social portugués se encuentra inmerso en una reforma que se manifiesta en los constantes cambios que introduce el Gobierno, de cara a mantener su viabilidad. Así, en el ámbito sanitario, se prevé un aumento de las tasas de copago en hospitales y centros de salud hasta los 10 euros, cuando antes se pagaban 3,10 y 3,8 respectivamente. En cuanto a las prestaciones sociales, los beneficiarios de renta social de inserción tendrán que firmar un contrato previo en el que se comprometan a cumplir un conjunto de obligaciones y se abre la puerta a entidades mutualistas y privadas para que participen en el sistema. Los autónomos tendrán subsidio de desempleo y se com-

batirá el fraude social. Según los últimos estudios, la seguridad social portuguesa entrará en quiebra en 2030.

SUIZA

El Gobierno suizo pretende reformar el Seguro de Vejez y Supervivencia en el año 2012. Para ello está realizando varios informes, que se presentarán a los agentes sociales, esperando evitar que sus propuestas fracasen ante el electorado, tal y como sucedió en 2010. Las reformas pueden pasar por un incremento en la edad de jubilación de las mujeres y por la posibilidad de cotización de los jubilados. En el primer caso se incrementaría a los 65 años la edad de retiro, para igualarla a la de los hombres y, en el segundo, se busca evitar el descubierto de las cajas de pensiones y que sean solo los trabajadores activos los que carguen con todos los costes del Seguro.

SENEGAL

La Organización Internacional del Trabajo en Dakar (BIT) y la Confederación Nacional de Trabajadores de Senegal han aunado esfuerzos para que se garanticen los derechos de las empleadas de hogar. Se espera que Senegal ratifique la Convención n° 189 de la OIT, que se adoptó el pasado año en Ginebra, para que se amplíen las disposiciones legales que ya existen en el país y que afectan a este colectivo de trabajadoras. Falta mucho por hacer aún hasta conseguir que mejoren las condiciones laborales de las empleadas de hogar, en su mayoría chicas jóvenes que carecen de contrato y se encuentran indefensas y sin cobertura en aspectos tan importantes como horarios de trabajo, salud y maternidad.

URUGUAY

Según un informe del año 2011, del presidente del Banco de Previsión Social de Uruguay, Ernesto Murro, los datos interanuales de recaudación real, recogidos por el organismo que dirige, han registrado un crecimiento de un 12% y el número de cotizantes ha aumentado entre un 4 y un 5%. Ambos datos son muy positivos para la economía del país y reflejan, además, el proceso de asimilación de las culturas de seguridad social y tributaria por parte de los ciudadanos, gracias a la nueva legislación en estos ámbitos, a las medidas tomadas para mejorar la gestión y a las políticas de fiscalización.

XV Congreso Iberoamericano de Seguridad Social

OISS 08.03.2012 - 09.03.2012
Montevideo, Uruguay

El Congreso de la OISS es su máximo órgano deliberante y soberano, en el que se establecen las directrices y criterios generales que deben orientar su actividad. Se celebra cada 4 años en el país designado al efecto que ejercerá la presidencia de la Organización hasta la celebración del siguiente.

En el seno del Congreso celebrarán también sus reuniones los restantes órganos estatutarios de la OISS: la Comisión Directiva, ante la que se presentará la memoria de la Secretaría General y las líneas generales del Plan Bienal de Actividades, el Presupuesto correspondiente; el Comité Permanente, que deberá aprobar previamente el Plan de Actividades y el Presupuesto; y la Comisión Económica

A su vez, se reunirán las cinco Comisiones Técnicas con las que cuenta esta organización: Comisión Técnica de Prestaciones Económicas y Pensiones, Comisión Técnica de Salud, Comisión Técnica de Riesgos Profesionales, Comisión Técnica de Servicios Sociales y Comisión Técnica de Planes y Fondos de Pensiones.

En paralelo se celebrará el Seminario Internacional de Seguridad Social que girará bajo el título: "La Seguridad Social en un mundo globalizado" se espera la asistencia de más de 400 personas integrantes de las delegaciones de los distintos países, instituciones miembros de la OISS.

Seminario Internacional sobre "Seguridad social: cómo enfrentar los retos de sostenibilidad"

AISS, 27.03.2012 - 29.03.2012 | Abu Dabi, Emiratos Árabes Unidos

El Seminario se celebrará por invitación de la Autoridad de Pensiones y Seguridad Social de los Emiratos Árabes Unidos y el Fondo de Pensiones y Prestaciones de Jubilación de Abu Dabi y en colaboración con la Oficina de Enlace de la AISS para los Países Árabes.

Está destinado a Directores Ejecutivos, de Operaciones y de Inversión, actuarios, economistas y expertos financieros de las organizaciones miembros de la AISS.

Durante las sesiones de la conferencia se abordarán los siguientes temas:

1. la actualización de las Directrices de la AISS sobre la Inversión de los Fondos de Seguridad Social;
2. la introducción de enfoques flexibles para el retiro; y
3. la gestión de activos y pasivos (Asset and Liability Management) como una herramienta proactiva y preventiva.

13ª Conferencia Internacional de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones en la Seguridad Social

AISS, 17.04.2012 - 20.04.2012 |
Brasilia, Brasil

Conferencia trienal organizada por la AISS cuyo anfitrión en esta ocasión será Dataprev, institución que brinda servicios de TIC al sistema de Seguridad Social de Brasil. Se realizará bajo los auspicios de la Comisión Técnica de la AISS para las TIC y está orientada a gerentes y expertos en TIC, así como a Directores Generales y Presidentes de instituciones miembros de la AISS. La Conferencia incluirá aportes de profesionales de la industria.

El tema principal será "las TIC como piedra angular para una Seguridad Social integrada y centrada en el ciudadano". Los expositores y panelistas analizarán y debatirán sobre el conjunto de temas entre los que destacan:

Las TIC como instrumento clave para implementar programas sociales integrados y de gran escala así como de alcance internacional.

Tecnologías clave: Interoperabilidad, Seguridad y Privacidad de datos, estándares y arquitecturas de referencia, estrategias y prospectiva de la industria.

Productos y servicios de la AISS: estrategias y directrices de la AISS para apoyar a las instituciones miembros; prioridades y perspectivas a futuro.. ●

Publicaciones sobre Seguridad Social

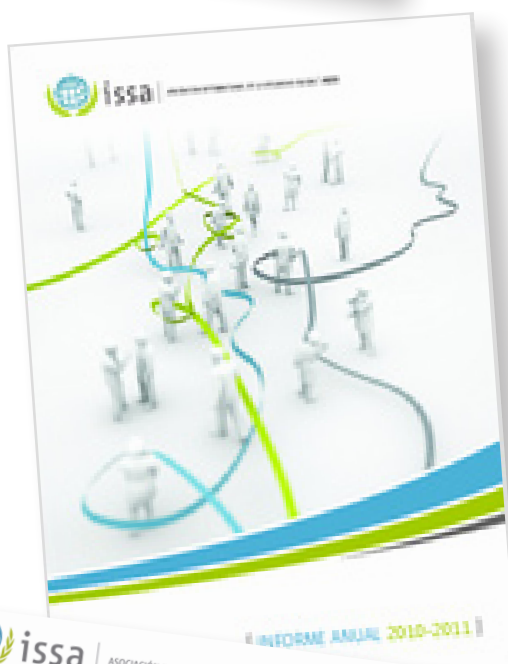
En este número de Foro proponemos un acercamiento a las publicaciones de La Asociación Internacional de la Seguridad Social ya que tanto en sus ediciones monográficas como en sus publicaciones periódicas nos informan de las noticias, investigaciones y líneas de trabajo que se desarrollan en el ámbito de la Seguridad Social.

La página web de la Asociación **www.issa.int/esl** las recoge en un apartado específico en el que destacan las publicaciones periódicas como

- **Revista Internacional de la Seguridad Social**
- **Perspectivas de política social**
- **Observador de la Seguridad Social y**
- **Evolución y tendencias de la Seguridad Social, epígrafe bajo el que se encuentran los informes regionales editados por la AISS.**

También desde esta página web podemos tener acceso a las noticias más recientes sobre Seguridad Social y a las publicaciones monográficas que va editando la Asociación, como el Informe de la AISS 2010-2011 (http://www.atass.org/c/document_library/get_file?p_l_id=15073&folderId=24939&name=DLFE-1401.pdf) y sin olvidarnos de publicaciones que nos acercan a la prensa (Press release), de los Informes técnicos sobre materias específicas de Seguridad Social y, por supuesto, del acceso a la Base de datos documental que multiplica nuestras opciones de información y de obtención de documentos.

Algunas de estas publicaciones son de libre suscripción a través del correo electrónico.



issa | ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL | AISS
Promover y desarrollar la seguridad social en el mundo.

15 Observador de la Seguridad Social

África: El papel fundamental de la seguridad social en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
El reconocimiento del impacto social y económico positivo de la seguridad social es cada vez mayor



En África, son cada vez más las experiencias exitosas que ponen de manifiesto el papel positivo que desempeña la seguridad social en el desarrollo. Muchos países consideran a la seguridad social como un instrumento eficaz para avanzar hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de erradicación de la pobreza, de igualdad de género y de mejora de la salud, debido a que aumenta la cobertura efectiva y brinda prestaciones que satisfacen las necesidades de la población.

En un informe reciente (1), la Oficina Internacional del Trabajo declaró que, en África, "la universalización de las pensiones de vejez y las prestaciones para los hijos en edad escolar y los huérfanos, la pobreza se reduciría hasta en un 40 por ciento". Además, estas transferencias monetarias representan un mecanismo para aumentar los ingresos disponibles lo que contribuye al crecimiento económico local.

Objetivos de Desarrollo del Milenio
Todos los Miembros de las Naciones Unidas se adhirieron a los ocho ODM. Los Objetivos incluyen la erradicación de la pobreza, la promoción de la igualdad de género, la reducción de las enfermedades, el logro de la enseñanza primaria universal y la garantía de la sostenibilidad del medio ambiente. El plazo fijado inicialmente para alcanzar estos objetivos es 2015. Véase <<http://www.un.org/millenniumgoals>>.

Esto confirma el papel de la seguridad social no solo como un instrumento reactivo que responde a las necesidades, sino como un instrumento proactivo para el desarrollo económico y social.

Diciembre de 2011
África: El papel fundamental de la seguridad social en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
Premio de Buenas Prácticas de las Naciones Unidas en la República de Tanzania
Reformas introducidas en los regímenes de seguridad social para África
África: Un nuevo equilibrio para la seguridad social
África: Una rápida extensión de la cobertura es posible
El Paso de Protección Social para una globalización justa e integradora
Eventos importantes de la AISS para el año 2012



RESÚMENES

En esta página se recogen los resúmenes de las ponencias presentadas a la VI Jornada Técnica de Seguridad Social, publicadas en el número 23 de nuestra revista.

Cristina Sánchez-Rodas Navarro

La(s) crisis de la protección social en Europa

Foro SS, nº 23 (jul. 2011), p. 6-12

Crítica al recorte de las prestaciones sociales como puerta de salida de la crisis. La autora se apoya en opiniones de expertos y solicita que se busquen propuestas alternativas ya que los recortes en pensiones de jubilación pueden aumentar la pobreza entre las personas mayores. Tampoco la inmigración soluciona los problemas porque, a la larga, los inmigrantes generan derechos. Y la opción de los regímenes complementarios de pensiones no sirve para una gran parte de la población que no tiene capacidad de ahorro, además, su diversidad actual puede constituir un obstáculo para la libre circulación de servicios y capital.

Juan Irazo Martín

La crisis de la protección social en España

Foro SS, nº 23 (jul. 2011), p. 16-20

Presentación de medidas para garantizar la viabilidad de la protección social en España, en un marco de crisis y dentro de una economía global. El sistema de protección social solo puede mantenerse con un equilibrio entre crecimiento económico, cohesión social y protección del medio ambiente. Las medidas propuestas se enmarcan dentro de la consolidación fiscal del gasto público, el incremento del potencial de crecimiento y reformas estructurales en el gasto público (ticket moderador en sanidad, no duplicidad de funciones en las administraciones públicas y reforma de las pensiones).

José María Alonso Seco

La crisis de la protección social en España

Foro SS, nº 23 (jul. 2011), p. 21-28

Conjunto de reflexiones sobre el sistema de protección social en España, en la actual situación de crisis. Se repasan los principales elementos que están forzando el cambio brusco de nuestro sistema protector como son, entre otros, la disminución del empleo y el desequilibrio financiero. Se concluye que para mantener el bienestar social se necesita analizar la realidad subyacente y adaptar a ella el conjunto de sistemas de prestaciones estatales, autonómicas y municipales, ampliando su conocimiento mutuo y su coordinación.

José Ignacio Wert

La crisis de la protección social en España

Foro SS, nº 22 (jul. 2011), p. 29-34

Breve descripción de la postura de la sociedad ante la crisis del sistema de protección social. Con una aclaración previa de la distinción entre opiniones, actitudes y valores, y basándose en encuestas internacionales, el autor analiza la percepción de los ciudadanos sobre las tres dimensiones fundamentales del sistema: la sanidad, las pensiones y el desempleo. El conjunto de la sociedad española es partidario de que el estado subvenga estas necesidades, sin embargo, esa unanimidad no se manifiesta cuando se habla de reformas. Existe una fuerte oposición a la reforma sanitaria y a la de las pensiones y se apoya algo más la del desempleo.

Ignacio García Perrote

Conclusiones de la VI Jornada Técnica de Seguridad Social

Foro SS, nº 23 (jul. 2011), p. 42-48

Repaso de las diferentes intervenciones de la VI Jornada Técnica de Seguridad Social, en el que se resume lo más destacado de cada uno de los ponentes y en el orden en que actuaron. También se añaden los temas que surgieron en los coloquios posteriores a las intervenciones y que sirvieron para completar la Jornada, temas como los privilegios de ciertos funcionarios públicos, la financiación de la ley de dependencia, el cambio sociológico de la pensión de viudedad y las prejubilaciones y jubilaciones anticipadas.

Marcos Peña

Clausura de la VI Jornada Técnica de Seguridad Social

Foro SS, nº 23 (jul. 2011), p. 49-51

El autor plantea si la situación actual supone una crisis del sistema de protección social o si es necesario que se elabore una protección social para la crisis. Cualquiera de las respuestas supone un cambio en nuestro sistema de protección, que deberá hacer frente a dos problemas fundamentales. El primero es lograr el aumento de las cotizaciones sociales para asegurar las pensiones en el horizonte del 2050, con una previsión de 52 millones de mayores de 65 años. Y el segundo es conseguir un envejecimiento socialmente activo de todos los jubilados, para evitar su anulación laboral y social cuando ponen fin a su carrera profesional. Las políticas transversales de consenso son fundamentales en ambos casos.

