

AMPLIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES Y COMENTARIOS DE AMAT AL INFORME PRESENTADO A LA CEOE EL PASADO 23 DE FEBRERO AL “DOCUMENTO SOBRE LA REVISIÓN DEL PACTO DE TOLEDO”.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- El **Documento sobre la Revisión del Pacto de Toledo**, aprobado por el Consejo de Ministros el pasado 29 de enero para su presentación a la *Comisión No Permanente de Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos del Pacto de Toledo*, incluye dos apreciaciones: una, referida a la asistencia sanitaria que realizan las Mutuas para los trabajadores, y su financiación, y otra, referida al régimen actual de reservas de estas entidades. Ambas, aunque relacionadas con cuestiones diferentes (económicas y asistenciales), están claramente vinculadas.
- El documento (*en su pág.24*) **cuestiona la financiación de la asistencia sanitaria del Accidente de Trabajo a través de cotizaciones sociales**, apuntando a su posible inclusión futura, **soportada por impuestos**, en el Sistema Nacional de Salud, y que en la actualidad se encuentra transferido a las Comunidades Autónomas, con problemas financieros y asistenciales que son objeto de otros debates.
- El documento propone que las reservas actuales de las Mutuas sirvan de “**mecanismo financiero transitorio**” para evolucionar a un modelo de financiación por impuestos y amortiguar una necesaria subida de la presión fiscal.
- El documento recoge además la revisión del régimen de reservas de las Mutuas, mediante su **simplificación por la vía de la reducción o eliminación**, manteniendo una **única reserva o fondo de contingencia para obligaciones pendientes inmediatas**, y eliminando las necesidades de compensación temporal y equilibrio plurianual de las Mutuas ante los ciclos económicos (este apartado y el anterior se recogen en la página 14 del Documento de Revisión del Pacto de Toledo).

Vemos como el objetivo del documento parece doble, **la reducción de las cotizaciones sociales de Accidente de Trabajo y la financiación del tránsito a un modelo fiscal de financiación de la asistencia sanitaria de AT y EP unido a su consideración como prestación universal.**

2. CONSIDERACIONES GENERALES.

La asistencia sanitaria prestada por las Mutuas es **ampliamente valorada por empresas y trabajadores** mutualistas, dado que se trata de una asistencia integral, ágil, especializada, de calidad reconocida y sin listas de espera. Incluso desde **el punto de vista sindical**, se reconoce el papel de las Mutuas en este ámbito. Por tanto, introducir un cambio en esta situación y **pasar la asistencia sanitaria por accidente de trabajo a los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas (que hoy registran fuertes problemas asistenciales, mayor duración de los procesos, listas de espera diagnósticas y quirúrgicas...)** produciría las siguientes distorsiones y consecuencias perjudiciales para las empresas y trabajadores españoles:

- Es negativa para las empresas, puesto que es una medida **que incrementa el absentismo laboral y, por ello, empeora el funcionamiento del mercado laboral, de las relaciones laborales en las empresas. Afecta a la competitividad y productividad de las empresas.**
- Aunque la medida **podría interpretarse como un descenso moderado de las cotizaciones por accidente de trabajo, sus consecuencias económicas pueden ser fuertemente negativas.** Pese al descenso indicado (que podría cifrarse en medio punto en las cotizaciones por AT y E.P), la propuesta **genera importantes costes que se trasladan al sector empresarial**, por mayor absentismo, mayores complementos en caso de baja y por atención de mayor Incapacidad Temporal a cargo de las empresas. Por otra parte, también su atención desde los Presupuestos Generales del Estado incidiría en el incremento de la tributación directa e indirecta de las empresas.
- Es negativa para los **trabajadores** puesto que **perderían la asistencia sanitaria que reciben hoy en el caso de accidente de trabajo** y que se caracteriza por ser ágil, especializada, de calidad y sin listas de espera.
- Supone la **desintegración de la protección integral** de los riesgos profesionales en España, al extraer el eslabón de la asistencia sanitaria de la prevención, prestaciones, rehabilitación y reinserción. Este modelo integral es el seguido de forma mayoritaria en los Sistemas de Protección Social comparados. En conjunto, es una **pérdida de derechos de los trabajadores y de las empresas** en la medida que supone una considerable rebaja en el alcance y extensión de las prestaciones derivadas de contingencias profesionales objeto de cobertura por parte de nuestro Sistema de Seguridad Social igualándose por abajo respecto a las prestaciones derivadas de contingencias comunes.

A continuación, se analizan cada una de estas consideraciones desde los puntos de vista empresarial, económico, financiero, preventivo, jurídico y desde los sistemas de protección de riesgos profesionales comparados.

3. ANÁLISIS DE LAS CONSIDERACIONES GENERALES.

3.1. CONSIDERACIONES EMPRESARIALES. (EL INCREMENTO DEL ABSENTISMO EMPEORA EL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LAS EMPRESAS, SU PRODUCTIVIDAD Y SU COMPETITIVIDAD).

La propuesta desde el punto de vista empresarial puede resultar *fatal* en la medida en que puede revestir un deterioro en la calidad del funcionamiento del mercado de trabajo y de las relaciones laborales, en el seno de las empresas, fruto del aumento del absentismo que, sin duda, se puede producir, derivado de la mayor duración de los procesos sanitarios por la atención homogeneizada en los Servicios Públicos de Salud.

En este sentido, es importante destacar que la configuración de la protección de los riesgos profesionales de forma integral, además de participar en el sistema de protección social como función esencial, es también un **servicio al propio mercado de trabajo** y las empresas. Su traslación, como prestación universalizada, al modelo común de asistencia sanitaria, cuestionaría la integralidad de las coberturas de accidente de trabajo, afectando negativamente a la eficiencia del Sistema de Seguridad Social.

El hecho de que la asistencia sanitaria a los trabajadores españoles se confunda en el ámbito de la asistencia universal por la vía financiera, acabaría diluyendo esta asistencia en los servicios públicos de salud transferidos a las Comunidades Autónomas, hoy con evidentes problemas de presión asistencial, frente a un modelo muy especializado en estas patologías y muy ágil en su funcionamiento.

En consecuencia, una medida de estas características redundaría en un mayor nivel de absentismo laboral que deberían soportar las empresas y en el peor funcionamiento del mecanismo de atención y reincorporación al trabajo de los accidentados y, consecuentemente, de mayores costes y deterioro de las relaciones laborales.

Los procesos de baja gestionados por las Mutuas duran, para las mismas patologías, **claramente menos** que los gestionados por los Servicios Públicos de Salud (ver detalle por patologías en el **Anexo 1** al presente documento). Existen también fuertes diferencias en el caso de la existencia de listas de espera quirúrgica, que en la media del Sistema Nacional de Salud alcanza los 63 días y en el caso de la especialidad de traumatología es mayor, situándose en 73 días. Por el contrario, en la asistencia sanitaria prestada por las Mutuas no se registran listas de espera.

En total, con datos de 2008, la siniestralidad laboral supuso un coste aproximado de 8.500 millones de euros y se perdieron 17,5 millones de jornadas por Accidente de Trabajo (en el año 2007, 21,5 millones). Extrapolando los diferenciales de duraciones medias esto implicaría que su tratamiento por el Sistema Nacional de Salud supondría una elevación de un 30%, lo que supondría que las empresas tendrían que absorber 5 millones y medio de jornadas perdidas adicionales.

Por tanto, desde el Sistema Nacional de Salud, transferido a las CC.AA., se produciría un aumento de la presión asistencial sobre los mismos, de forma que se puedan incluso aumentar los diferenciales actuales de duración de los procesos. Los trabajadores, por tanto, y en consecuencia, las empresas, sufrirán directamente el efecto de las listas de espera quirúrgicas y diagnósticas que en la actualidad registran estos SPS y que incluso podrían incrementarse fruto de presiones de índole demográfica y de demanda de asistencia creciente.

Asimismo, desde las organizaciones empresariales se viene reclamando una mayor capacidad de actuación de las Mutuas en la gestión de los procesos de incapacidad por Contingencias Comunes para abordar el grave problema del absentismo laboral y de los costes por incapacidad temporal que soporta el Sistema de Protección Social. Sería un contrasentido promover, por un lado, en el corto plazo el aumento de la capacidad de control en el caso de las bajas y, en el medio plazo, diluir la actividad asistencial del accidente de trabajo, reduciendo la capacidad operativa de las Entidades que colaboran en la gestión de esta cobertura.

Consecuentemente, que la asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedad profesional se trate de forma indiscriminada como una prestación universal, **afectaría negativamente a las empresas y a los trabajadores**, ya que un **deterioro en la asistencia sanitaria ágil e integral que reciben, generaría mayores niveles de absentismo laboral. Todo ello afectaría a la productividad y la competitividad de las empresas españolas.**

3.2. CONSIDERACIONES ECONÓMICAS. (LA INDIFERENCIACIÓN ASISTENCIAL GENERARÁ MÁS COSTES A LAS EMPRESAS, ASÍ COMO EL INCREMENTO DE LA IMPOSICIÓN).

La reducción de las cotizaciones sociales por contingencias profesionales para las empresas, que se obtendría derivado de integrar esta asistencia en el Sistema Público de Salud, **se puede cifrar en torno a 0,5 puntos, bajada que podría haber supuesto aproximadamente un ahorro a nivel global y para el ejercicio 2009 de 350 millones de euros.** Habría que valorar, por el contrario, el efecto directo negativo en lo que se refiere a incremento del absentismo laboral (**más de 17 millones de jornadas perdidas, más los 5 millones de jornadas adicionales** por la prolongación de los procesos), lo que claramente supondría un mayor coste que la hipotética bajada de las cotizaciones ya que habría que tener en cuenta los distintos efectos indirectos de la medida, que se traducirían en:

- Aumento de jornadas perdidas por mayor duración de los procesos (cuestión que se enuncia muy claramente en el apartado anterior, dadas las enormes diferencias de duración de los procesos en los Servicios Públicos de Salud frente a las Mutuas).
- Aumento de las prestaciones directas y de los complementos a cargo de las empresas.
- Gastos de sustitución de personal accidentado (incluyéndose formación, etc...)
- Pérdida de productividad.

Por otra parte, la **indiferenciación** asistencial puede incrementar notablemente el coste de la prestación de incapacidad temporal a cargo de las empresas por contingencias comunes (en la actualidad, los primeros quince días son pagados por las empresas), consecuencia lógica de la indiferenciación de los procesos derivada de la falta de especialización de los Servicios Públicos de Salud en la atención de estos siniestros.

Finalmente, destacar en el plano macroeconómico que la reducción de cuotas empresariales por esta vía supone un incremento del gasto público y un aumento de la presión fiscal una vez agotadas las reservas mutuales. Esta presión fiscal directa se tendría que abordar a través de un aumento en los impuestos directos a las personas físicas (**IRPF**) y a las empresas (**Impuesto de Sociedades**), dado que los indirectos también están afectados a la financiación de las Comunidades Autónomas.

3.3. CONSIDERACIONES FINANCIERAS. (LA NATURALEZA CONTRIBUTIVA DE LA PROTECCIÓN POR RIESGO PROFESIONAL ES ACORDE A LA FILOSOFÍA DE LA SEPARACIÓN DE FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL SEGUIDA HASTA EL MOMENTO Y CONTRADICTORIA CON EL CAMBIO QUE SE PROMUEVE).

El documento de revisión del Pacto de Toledo alude al principio de separación de fuentes financieras que ha dirigido la reforma de la Seguridad Social como punto de partida y justificación para acometer la universalización de la asistencia por accidente de trabajo. Este principio buscaba, en primer lugar, clasificar las prestaciones del Sistema de Protección Social en contributivas y no contributivas. Las contributivas serían financiadas por cotizaciones y las no contributivas se financian con impuestos a través de la imposición.

El sentido de esta clasificación se ajusta a razones de justicia social y equidad: es el caso de los complementos de mínimos de pensiones que se otorgan a quienes no devengan derecho a la pensión mínima y es el Estado quien decide garantizar unas rentas mínimas o cualquier otra prestación con acceso general a la ciudadanía. Por ello, este complemento se debe financiar con cargo a los Presupuestos Generales del Estado.

Es evidente que la asistencia sanitaria por accidente de trabajo que reciben los trabajadores no es algo indiferenciado en la configuración del derecho y de la responsabilidad de la misma. Tiene una clara correspondencia entre la causa que lo origina y la necesidad que se deriva. De hecho, esta asistencia y sus prestaciones económicas subsiguientes sólo puede ser recibida en virtud de una relación laboral con una empresa. No es un derecho universal, sino un derecho de quienes son trabajadores y se efectúan cotizaciones específicas por ello.

En este sentido, podemos afirmar que el tratamiento de la separación de fuentes de financiación está expresada en términos confusos o que no responden a la esencia de la filosofía y sentido con la que fue concebida. En realidad, tal y como se recoge en el documento, lo que trata es de declarar universal algo que en la actualidad no lo es, sin haber completado el proceso de separación de las prestaciones contributivas y no contributivas del sistema en su concepción inicial. En definitiva, se trata de una pérdida de derechos de los trabajadores y de las empresas a una asistencia especializada, articulada

con una financiación específica y no generalista, por la vía de la homogeneización de derechos que ya tenían en su condición de ciudadanos.

En todo caso, llevar este argumento a sus extremas consecuencias acabaría con la contributividad de todas las prestaciones y coberturas del Sistema de Protección Social. ¿Cuál es la razón, por tanto, de no hacer universal la formación profesional, el desempleo o la jubilación?

Por otra parte, la financiación transitoria de este aumento de la tributación directa a empresas y familias, (vía de eliminación de las reservas de las Mutuas y reabsorción de las mismas a efectos presupuestarios a favor del Sistema Nacional de Salud) supone una merma de fondos de la Seguridad Social. Un análisis de la evolución del proceso de separación de fuentes de financiación de la Seguridad Social se recoge en el **Anexo 2** al presente documento: *La financiación del Sistema de Seguridad Social y la separación de las fuentes de financiación*)

3.4. CONSIDERACIONES PREVENTIVAS. (PODRÍA AUMENTAR EL SUBREGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES PROFESIONALES Y EMPEORAR LOS INCENTIVOS A LA SEGURIDAD Y SALUD LABORAL).

La ruptura de la integralidad de la protección por contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional) puede aumentar el problema del subregistro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y acentuar aún más los incentivos a la falta de prevención, así como la atención de forma indiferenciada de un número importante de patologías. En consecuencia, puede ser una medida que puede generar una involución en el ámbito preventivo, tanto en cuestiones que afectan a la seguridad laboral, como a la higiene y a la salud laboral.

3.5. CONSIDERACIONES JURÍDICAS. (PRODUCIRÍA LA DESINTEGRACIÓN DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL DEL ACCIDENTE DE TRABAJO Y DESCONFIGURACIÓN DE LA NATURALEZA JURÍDICA DE LAS MUTUAS).

Además de romper el carácter integral del servicio y cobertura que prestan las Mutuas, la alternativa quebraría el principio de la responsabilidad exclusiva del empresario sobre las contingencias de origen laboral. La propia configuración jurídica de las Mutuas, como asociaciones privadas de empresarios, sin ánimo de lucro y financiadas exclusivamente con las cotizaciones realizadas por sus asociados, está basada en que la asistencia sanitaria derivada de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional es financiada por las empresas mutualistas. Asistencia que se realiza en el marco de la gestión del resto de prestaciones económicas, rehabilitadoras y asistenciales.

Hay que tener presente que en la actualidad, en torno al 95% de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social, reciben la asistencia por parte de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, entidades que soportan directamente el gasto de estas actuaciones.

El 5% restante de trabajadores, ante un accidente de trabajo o enfermedad profesional, reciben la asistencia sanitaria necesaria por parte del correspondiente Servicio Público de Salud, si bien esa asistencia no se financia con las aportaciones incluidas anualmente en el Presupuesto General del Estado recibidas por cada Comunidad Autónoma tal y como sucede para financiar la asistencia sanitaria para el conjunto de la población. En estos casos,

el coste de la asistencia prestada por el Servicio Público de Salud es a cargo de las dotaciones aprobadas en los presupuestos bien del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, existiendo un procedimiento para liquidar y satisfacer dichos gastos al Servicio Público y que se regula en la *ORDEN TAS/131/2006, de 26 de enero, en relación con la transferencia a las Comunidades Autónomas del importe correspondiente a la prestación de asistencia sanitaria al amparo de la normativa internacional y el pago a los Servicios Públicos de Salud del coste de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales (BOE 1-2-2006)*.

En el **Anexo 3** al presente documento se recoge una nota sobre la desconfiguración jurídica relativa a la responsabilidad empresarial de la protección y de la naturaleza de las Mutuas.

3.6. CONSIDERACIONES INTERNACIONALES. (EL MODELO PREDOMINANTE Y GENERALIZADO DE PROTECCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES ES INTEGRAL Y FINANCIADO POR COTIZACIONES SOCIALES A CARGO DE LOS EMPRESARIOS).

Aunque en el Documento sobre Revisión del Pacto de Toledo se señala la existencia a nivel internacional de distintas posibilidades de organización financiera de la protección de las coberturas profesionales, bien es cierto que, a nivel europeo y en el caso general de los Sistemas comparados, la asistencia sanitaria por contingencias profesionales es financiada por cotizaciones sociales a cargo de los empresarios y organizada de forma integral. Ese es el modelo generalizado, mayoritariamente predominante a nivel internacional, y que no produce ruptura de la cobertura en sus distintas facetas. De hecho, las experiencias diferentes a modelos de organización integrales revisten el carácter de **excepcionales**.

La financiación de la asistencia sanitaria de las contingencias profesionales por medio de cotizaciones sociales soportadas por los empresarios, es el sistema que siguen mayoritariamente los países de nuestro entorno. Así, a título de ejemplo, la práctica totalidad de los países europeos basan la financiación de esta asistencia sanitaria a través de las correspondientes cotizaciones sociales abonadas por los empresarios; este es el caso de Suiza, Bélgica, Austria, Francia, Reino Unido, Luxemburgo, Alemania, Italia, Portugal, Rumania y Finlandia.

En sentido contrario, únicamente nos encontramos el caso de Suecia, en donde la asistencia sanitaria proporcionada en caso de accidente de trabajo no está financiada siguiendo el esquema de aseguramiento profesional, sino que es financiado por los *County Councils* (Corporaciones de Gobierno a nivel de Condado, similares a las Diputaciones Provinciales, o en su caso, por los Municipios) y todos los ciudadanos que pagan impuestos contribuyen a las Corporaciones de los Condados para la financiación de esa asistencia sanitaria, e igualmente los empresarios también pagan una contribución en función de su facturación anual, aplicando para el ejercicio 2009 una tasa del 0,68.

ANEXO 1: DURACIONES CP (MUTUAS) Y CC (SERVICIO PÚBLICO DE SALUD)

Comparativa CP/ CC	CP (Mutuas)		CC (Servicio Público de Salud)		Duración CC/ Duración CP
	Altas	Duración Media	Altas	Duración Media	
Contusión de miembro superior	54.510	14,58	2.312	52,61	3,61
Herida dedo mano	47.481	15,62	1.902	57,78	3,70
Contusión de tronco	25.649	15,80	1.860	53,37	3,38
Esguince y torcedura de mano	22.981	17,48	1.587	56,21	3,22
Esguince y torcedura de rodilla y pierna	19.550	34,73	4.125	98,47	2,84
Fractura de una o más falanges de la mano	16.969	36,17	2.346	62,46	1,73
Fractura de cúbito y radio	8.417	94,20	4.288	108,33	1,15
Esguinces y torceduras de hombro y brazo superior	7.735	28,60	918	142,73	4,99
Fractura de uno o más huesos tarsiano/metatarsiano	7.291	81,23	2.996	103,64	1,28
Otra herida abierta de cabeza	6.795	10,66	298	46,11	4,32
Herida abierta de rodilla, pierna...	6.606	17,07	502	62,32	3,65
Fractura dedo pié	6.019	24,76	1.330	46,07	1,86
Fractura de huesos metacarpianos	5.753	48,15	2.994	66,99	1,39
Luxación de rodilla	3.172	87,18	2.668	115,63	1,33
Contusión (incluye conmoción cerebral)	3.127	30,20	274	118,87	3,94
Fractura de tobillo	3.116	119,48	2.015	146,48	1,23

Análisis del Consumo de Prestaciones:

Resultados de un estudio realizado conjuntamente por cuatro mutuas (ASEPEYO, FRATERNIDAD, UNIVERSAL E IBERMUTUAMUR) sobre un total de **820.000 procesos de Incapacidad Temporal derivados de contingencia profesional y 1.150.000 de contingencias comunes**, atendidos en estas entidades durante los ejercicios 2003 y 2004.

ANEXO 2. LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y EL PROCESO DE SEPARACIÓN DE FUENTES DE FINANCIACIÓN

2.1. La financiación del Sistema de Seguridad Social

La financiación de nuestro Sistema de Seguridad Social se recoge en el artículo 86 de la Ley General de Seguridad Social (LGSS), que establece que los recursos de la Seguridad Social española estarán constituidos por:

- a) Las aportaciones progresivas del Estado, que se consignarán con carácter permanente en sus Presupuestos Generales, y las que se acuerden para atenciones especiales o resulten precisas por exigencia de la coyuntura.
- b) Las cuotas de las personas obligadas.
- c) Las cantidades recaudadas en concepto de recargos, sanciones u otras de naturaleza análoga.
- d) Los frutos, rentas o intereses y cualquier otro producto de sus recursos patrimoniales.
- e) Cualesquiera otros ingresos, sin perjuicio de lo previsto en la disposición adicional vigésima segunda de esta Ley.

Dicho precepto establece en su párrafo segundo que la financiación de la acción protectora de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva y universal, se financiará mediante aportaciones del Estado al Presupuesto de la Seguridad Social con excepción de las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y servicios sociales cuya gestión se halle transferida a las CCAA, en cuyo caso, la financiación se efectuará de conformidad con el sistema de financiación autonómica vigente en cada momento.

En la modalidad contributiva, las prestaciones se financiarán con las cuotas, recargos, sanciones y los frutos, rentas o intereses de cualquier otro producto de los recursos patrimoniales de la Seguridad Social.

A los efectos previstos en el citado artículo, se establece que, la naturaleza de las prestaciones de la Seguridad Social será la siguiente:

- a) Tienen naturaleza contributiva: Las prestaciones económicas de la Seguridad Social y la totalidad de las prestaciones derivadas de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- b) Tienen naturaleza no contributiva: Las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria incluidos en la acción protectora de la Seguridad Social y los correspondientes a los servicios sociales, salvo que se deriven de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Igualmente añade que tendrán tal consideración las pensiones no contributivas y los complementos a mínimos de las pensiones de Seguridad Social.

Vemos por tanto como al referirse la LGSS a la “*totalidad de las prestaciones derivadas de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*”, se refiere tanto a prestaciones económicas como a la asistencia sanitaria, financiándose ambas con las correspondientes cotizaciones por contingencias profesionales, abonadas exclusivamente por los empresarios.

El resto de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, según se recoge en el artículo 82 de la Ley General de Sanidad, se efectúa según el sistema de financiación autonómica vigente mediante las correspondientes aportaciones recogidas en el Presupuesto General del Estado.

2.2. El proceso de separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social.

El “Informe de la ponencia para el análisis de los problemas estructurales del Sistema de Seguridad Social y de las principales reformas que deberán acometerse” (Pacto de Toledo), aprobado por el Pleno del Congreso el 12 de abril de 1995, recoge en un capítulo las líneas de actuación y reformas necesarias del Sistema de Seguridad Social, manifestándose la necesidad de adoptar medidas concretas de mejora y adaptación de la Seguridad Social, comprendiendo dos modalidades de protección, una de ellas sería la modalidad contributiva de prestaciones, cuya financiación debe realizarse básicamente con cotizaciones sociales a través de un sistema de reparto.

Asimismo se recoge la existencia de una modalidad no contributiva, dirigida a compensar la ausencia de rentas de los ciudadanos que se encuentren en situación de necesidad y cuya función, debe ser la de mitigar las consecuencias de esas situaciones y cuya financiación debe ser íntegramente con cargo al Presupuesto del Estado.

Como consecuencia de lo anterior, la Recomendación Primera se dedica a la separación y clarificación de las fuentes de financiación del Sistema de Seguridad Social. El contenido de dicha recomendación es el siguiente: *“La financiación de las prestaciones de naturaleza contributiva dependerá básicamente de las cotizaciones sociales y la financiación de las prestaciones no contributivas y universales (sanidad y servicios sociales entre otras) exclusivamente de la imposición general. La Ponencia recomienda al Gobierno que se adopten las medidas necesarias para profundizar progresivamente en la dirección de la separación de las fuentes de financiación según la naturaleza de la protección, iniciada a partir de 1989, hasta su culminación efectiva en el menor plazo posible, quedando claramente delimitados, dentro del modelo de protección, el sistema contributivo y no contributivo. Las cotizaciones sociales deberán ser suficientes para la cobertura de las prestaciones contributivas, para lo cual, se efectuarán las previsiones necesarias para garantizar el equilibrio presente y futuro de esta parte del sistema de la Seguridad Social. Las aportaciones del Presupuesto del Estado deberán ser suficientes para garantizar las prestaciones no contributivas, la sanidad, los servicios sociales y las prestaciones familiares.(....)”*.

La aplicación de la citada Recomendación, se produjo en el año 1997 con la aprobación de la Ley 24/1997, de 15 de julio de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social, que introdujo en la Ley General de Seguridad Social la Disposición Transitoria Decimocuarta relativa a la aplicación paulatina de la separación de fuentes de financiación de la Seguridad Social, cuya redacción era la siguiente: *“Lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 86 de esta Ley se llevará a cabo, de modo paulatino, antes del ejercicio económico del año 2000, en los términos que establezca la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio económico. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, y hasta que no se establezca definitivamente la naturaleza de los complementos a mínimos de las pensiones de la Seguridad Social, éstos serán financiados en los términos en que se determine por la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado para cada ejercicio económico”*.

El contenido de dicha Disposición Transitoria, fue modificado posteriormente por la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social,

estableciendo que “Lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 86 de esta Ley, en lo que a los complementos a mínimos se refiere, se llevará a cabo, de modo paulatino, en un plazo que no superará los 12 años, contados a partir del 1 de enero de 2002, en los términos que establezca la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado para cada ejercicio económico. Hasta que no concluya el período a que se refiere el párrafo anterior, el coste de los complementos a mínimos, en la parte no cubierta por las aportaciones del Estado en los respectivos ejercicios, se financiará con cargo a los demás recursos generales del Sistema”.

Vemos por tanto como aún hoy, transcurrido más de 15 de años desde la aprobación de las Recomendaciones del Pacto de Toledo, no se ha culminado la separación real de las fuentes de financiación del Sistema de Seguridad Social, y una parte considerable de las prestaciones no contributivas de nuestro Sistema de Seguridad Social, tal y como se observa en el siguiente cuadro, aún siguen siendo financiadas con cargo a las cotizaciones sociales.

**Evolución de la financiación de los complementos a mínimos de pensiones
(millones de euros).1.**

	Gasto en complementos a mínimos	Transferencias del estado	Cobertura transferencias	Cobertura cotizaciones
2000	3.999,69€	97,89€	2,45%	98%
2001	4.101,68€	97,89€	2,39%	98%
2002	4.187,94€	306,35€	7,32%	93%
2003	4.133,33€	606,3€	14,67%	85%
2004	4.004,66€	906,35€	22,63%	77%
2005	4.396,37€	1.206,35€	27,44%	73%
2006	4.802,82€	1.506,35€	31,36%	69%
2007	5.287,15€	1.806,35€	33,55%	66%
2008	5.891,53€	2.106,35€	35,75%	64,25%
2009(*)	6.415,95€	2.406,35€	37,51%	62,49%
2010 (*)	--	2.706,40€	--	--

1. Fuente: Presupuestos de la Seguridad Social.

(*) Estimación

ANEXO 3. NOTA SOBRE LA DESCONFIGURACIÓN JURÍDICA RELATIVA A LA RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL DE LA PROTECCIÓN Y DE LA NATURALEZA JURÍDICA DE LAS MUTUAS Y RENOVACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL PACTO DE TOLEDO.

A pesar de no haberse logrado la plena separación de las fuentes de financiación de las prestaciones no contributivas de nuestro Sistema, el documento “*Revisión del Pacto de Toledo*”, presentado el pasado 29 de enero a la “*Comisión No Permanente de Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos del Pacto de Toledo*”, avanza sobre la separación de fuentes respecto a la asistencia sanitaria derivada de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, recogiendo la mención de que es “*es necesaria una reflexión que indique si deben ser las cotizaciones sociales las que sigan soportando la financiación de esa asistencia sanitaria, o si se debe de transitar hacia un sistema de financiación basado en impuestos o mixto (...)*”.

Esta reflexión que podría dar lugar a un cambio en la financiación de la asistencia sanitaria de las contingencias profesionales, carece de toda justificación y rompería con la responsabilidad exclusiva del empresario sobre dichas contingencias y con la “*gestión integral*” que realizan las Mutuas, abordando, de manera unitaria y en toda su extensión, el tratamiento de las situaciones derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, que va desde la prevención hasta la reinserción laboral, pasando por la asistencia sanitaria, las prestaciones económicas y la rehabilitación.

La propia configuración jurídica de las Mutuas, como asociaciones privadas de empresarios, sin ánimo de lucro, y financiadas exclusivamente con las cotizaciones realizadas por sus asociados, viene basada en que la asistencia sanitaria derivada de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, es financiada en exclusiva por las empresas mutualistas.

Hay que tener en cuenta además, que nuestro ordenamiento jurídico se basa en que las prestaciones de Seguridad Social son financiadas por quienes estén sujetos a las contingencias que aquélla cubre; de esta forma, el desempleo, la jubilación o las contingencias profesionales, incluyendo la asistencia sanitaria derivada de tales situaciones, como sólo pueden ser beneficiarios de estas prestaciones los trabajadores, son estos o sus empresarios quienes soportan y deben continuar soportando la financiación de las mismas.

En sentido contrario, la asistencia sanitaria que no derive de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, es una prestación que cubre a la totalidad de la población y es por eso que su financiación se produce por medio de transferencias del Estado que son financiadas por toda la población, que objetivamente pueden ser los beneficiarios de esa asistencia sanitaria.

El contenido del documento, no aclara, en el caso de que se considere oportuno que las cotizaciones sociales soportadas por los empresarios no sigan financiando la asistencia sanitaria, quien se haría cargo en el futuro de prestar dicha asistencia.

En el caso de que se avance, tal y como propone el documento sobre la “*Revisión del Pacto de Toledo*”, en la separación de fuentes de financiación de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales, se deduce que este cambio supondrá una bajada de las cotizaciones sociales soportadas exclusivamente por el empresario, si bien no se aclara que entidad prestaría dicha asistencia sanitaria.

En el caso de que se optase por que dicha asistencia sanitaria se preste en el futuro por los distintos Servicios Públicos de Salud, debe tenerse en cuenta que a pesar de los esfuerzos de las distintas Comunidades Autónomas para erradicar el fenómeno de las listas de espera, no se han conseguido eliminar, lo que provocaría un claro alargamiento innecesario de los procesos de baja.

Según los últimos datos disponibles, relativos a junio de 2009, la lista de espera quirúrgica del Sistema Nacional de Salud es de 63 días, destacando la especialidad de traumatología que alcanza una demora media de 73 días. Además, hay que tener presente que en la actualidad el control que se realiza por parte de los Servicios Públicos de Salud sobre las situaciones de incapacidad temporal, se caracteriza en gran parte por una ineficiente administración y control de estas situaciones¹.

La situación anterior, contrasta con la asistencia prestada en la actualidad por las Mutuas, que asumen una gestión integral de la asistencia sanitaria derivada de un accidente de trabajo o enfermedad profesional contando con la infraestructura de medios humanos y materiales necesarios, de forma que no existe el fenómeno de las listas de de espera. De esta forma las Mutuas están contribuyendo a una mayor racionalización del gasto para hacer frente a las prestaciones económicas de la Seguridad Social y a una importante reducción de los costes soportados por el empresario como consecuencia de la una mayor racionalización de la duración de la baja médica por parte del trabajador accidentado.

Por tanto, vemos que si el objetivo de avanzar en la separación de fuentes de financiación de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales es lograr una rebaja en las cotizaciones sociales soportadas por las empresas, en el caso de que la asistencia sanitaria sea prestada por los Servicios Públicos de Salud, este objetivo se verá diluido por el importante crecimiento de los gastos soportados por el empresario como consecuencia del incremento de la duración media de los procesos de baja de los trabajadores accidentados debido fundamentalmente a la existencia del fenómeno de las listas de espera y al inadecuado control que en la actualidad realizan los Servicios Públicos de Salud sobre las situaciones de incapacidad temporal.

Por el contrario, en el caso de que se optase por que dicha asistencia sanitaria se continuase presentando por las Mutuas, pero financiándose con aportaciones a través de impuestos, debe tenerse en cuenta que dicha situación podría suponer la desconfiguración de la figura jurídica de las Mutuas, ya que afectaría a uno de los principios fundamentales de las Mutuas: el principio de responsabilidad mancomunada de los empresarios asociados. Con la posible nueva configuración del sistema de financiación de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales, la responsabilidad mancomunada de las Mutuas no tendría ningún sentido, no pudiendo ser responsable de algo cuya responsabilidad de financiación recae sobre el Estado.

Por todo lo anterior, no se considera oportuno iniciar una reflexión sobre la financiación de la asistencia sanitaria derivada de contingencias profesionales, manteniéndose las particularidades que sobre estas contingencias recoge nuestro Sistema de Seguridad Social, más aún cuando no se ha finalizado la plena separación de las fuentes de financiación de las prestaciones no contributivas de nuestro Sistema.

¹ Hay que tener en cuenta que en la actualidad el control que se realiza por parte de los Servicios Públicos Sanitarios de los procesos de baja derivados de contingencias comunes, no tiene en cuenta el componente económico y laboral de la prestación, obviando las graves repercusiones económicas de estas situaciones.