

ENTIDADES DE PREVISION SOCIAL

Las Mutualidades Libres de Previsión son asociaciones sin ánimo de lucro, libremente constituidas con el fin de ejercer una modalidad de previsión de carácter benéfico o social. Les afecta la prohibición legal expresa de repartir entre sus asociados dividendos o entregas que encubran un negocio industrial. En general, sus prestaciones son independientes de las que la Seguridad Social concede, y compatibles en todo con las de ésta, salvo que disposición expresa del Ministerio de Trabajo las declare «sustitutivas» de las de la Seguridad Social. Con todo, esta función sustitutoria está legalmente calificada de transitoria en la Ley.

El cuestionario a estas entidades incorpora preguntas relativas a las dificultades y problemas que estas instituciones encuentran hoy en el ejercicio de su actividad complementaria. La Confederación Nacional de Entidades de Previsión Social trata de dar respuesta global y única a estos interrogantes.

Las Entidades de Previsión Social justifican su presencia en base a los precedentes legales de la Ley de Mutualidades y Entidades de Previsión Social de 1941, la Ley de Seguridad Social de 1966 y la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de 1972. En todas estas normas legales se establecía la posibilidad de las «mejoras voluntarias».

En la Ley de Financiación se clasificaba a las citadas mejoras en dos tipos:
a) *como mecanismo complementario del aparato básico del sistema general de la Seguridad Social financiado por tipos de cotización adicionales sobre las mismas bases de protección obligatoria. En la práctica, ha afectado exclusivamente a las pensiones, y han sido gestionadas por las Mutualidades Laborales;*
b) *como mecanismo voluntario encomendado a la iniciativa privada su gestión, fundamentalmente de hecho por las Mutualidades y Cajas de Empresa.*

La Confederación señala la falta de regulación posterior y la necesidad de que, de acuerdo con los mandatos institucionales, se desarrolle el área complementaria libre dentro de la Seguridad Social.

En el área de protección libre deben distinguirse dos clases de prestaciones: las que sean constitutivas de una renta de actividad, en la que, sumada la prestación del régimen obligatorio y libre no deba superar la renta perdida, y en el resto de las prestaciones, en las que habría que fijar o no límites cuantitativos en función de su carácter.

Las Entidades de Previsión, según su opinión, deben participar, asimismo, en la gestión de las prestaciones básicas, sean comunes o profesionales.

El futuro sistema se debería establecer, según las citadas entidades, como un régimen público obligatorio dividido en un área de protección común, otra profesional y otra de protección complementaria de carácter libre.

Las entidades entienden que, en el área de protección común, la aportación de las privadas será imprescindible para cubrir la prestación sanitaria por enfermedad, maternidad y accidente laboral, dada su extensión futura a todos los ciudadanos, lo cual obligará a contar con toda la red de asistencia sanitaria. Asimismo, abogan por una gestión integrada o compartida con otras entidades públicas y privadas en materia de asistencia sanitaria.

Finalmente, señalan que la protección común debe financiarse con cargo a los recursos públicos, siendo posible que los perceptores de algunas prestaciones técnicas —farmacia, servicios sociales— o de elevado nivel de renta pueden contribuir parcialmente. El área de protección profesional debe financiarse con cuotas de empleadores y trabajadores. Aunque debe existir una compensación económica, en opinión de estas entidades, de la protección común a la profesional por el importe de las prestaciones a las que no acceden los beneficiarios de este área a pesar de su condición de ciudadanos.

1 *¿Cuál es su opinión sobre la regulación actual de las «mejoras voluntarias» de la Seguridad Social? (Artículos 181 a 185 de la Ley de Seguridad Social).*

2 *¿Cuáles son los aspectos de la Ley General de la Seguridad Social más discutibles y cuáles los estimables, en relación con el futuro régimen de «asistencia y prestaciones complementarias libres» de que habla el artículo 41 de la Constitución?*

3 *¿Qué tipo de interdependencias (gestoras, financieras, de protección...) son, a su juicio, más recomendables entre los distintos regímenes obligatorios existentes en la actualidad, y cuáles las que debería, en todo caso, prever un desarrollo legislativo del artículo 41 de la Constitución sobre el mantenimiento de un «régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos»?*

Luis
ALVAREZ ALVAREZ

Presidente de la Confederación
Nacional de Entidades de Previsión
Social

1 La Ley de Mutualidades y Montepíos de Previsión Social de 6 de diciembre de 1941 abría amplias posibilidades al empresario para actuar en el campo de las mejoras voluntarias a través de las entidades sometidas a dicha Ley, aunque sólo parcialmente fueron aprovechadas, dada la época de dificultades económicas que siguió a su promulgación. Es la Ley de Convenios Colectivos Sindicales de abril de 1958 la que proporciona un impulso a los regímenes complementarios de Seguridad Social, que fueron canalizados a través del llamado «régimen de mejoras voluntarias», regulado fundamentalmente en los artículos 181-185 de la Ley de Seguridad Social de abril de 1966 y en la Orden de 28 de diciembre siguiente.

Al pretender aproximar las prestaciones al salario real, como consecuencia de la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de 21 de junio de 1972, quedan reducidos los sistemas de mejoras a dos; un primero, en que la protección social actuaría a través de mecanismos complementarios del aparato básico del Sistema General de la Seguridad Social, y un segundo régimen complementario, en el que la protección asistencial complementaria de la mínima y obligatoria se efectuaría a través de mecanismos voluntarios, encomendados al juego de la iniciativa privada. Es decir, se configuraban un régimen complementario interno y un régimen complementario externo.

En el primer sistema, la ampliación de la acción protectora se concretaba en la fijación de tipos de cotización adicionales, que recaen sobre las mismas bases que la protección obligatoria y afectan exclusivamente a la acción protectora constituida por las pensiones, con gestión reservada a las antiguas Mutualidades Laborales a que la empresa está afectada por su actividad. Solamente podían nacer por convenio colectivo de tipo muy especial, que se aprueba o no, discrecionalmente, por el Ministerio de Trabajo.

El sistema de mejora directa de prestaciones fue definido dentro de unos límites muy amplios, dado que las formas de financiación quedaban desconectadas de los módulos empleados en las prestaciones básicas; y la gestión fue separada de la de éstas, acordándose una gama extraordinariamente amplia de posibilidades. En efecto, según el artículo 183 de la vigente Ley General de la Seguridad Social, las empresas podrán realizar la mejora de prestaciones «por sí mismas o a través del Instituto Nacional de Previsión, mediante sus Regímenes de Previsión Voluntaria, o de las Mutualidades Laborales, Fundaciones Laborales, Obras Sindicales, Montepíos y Mutualidades de Previsión Social o Entidades Aseguradoras de cualquier clase». Ahora bien, la reglamentación anunciada no llegó a publicarse y el sistema no ha funcionado, salvo en la medida en que es acometido por las empresas con instituciones en ellas directamente vinculadas (Mutualidades y Cajas de Empresa), acogidas, precisamente, a la Ley de Montepíos y Mutualidades que al principio hemos indicado.

La falta de regulación adecuada puede considerarse que es consecuencia de la imprecisión del concepto, dado que, aun cuando se tratara de una protección complementaria libre, como ahora prevé el artículo 41 de la actual Constitución, la idea fundamental que ha de delimitar el contenido de esta acción protectora deberá ser la de mantenerse dentro de la Seguridad Social, ya que, en otro caso, dicha área, y con ella la misma Seguridad Social, rebasaría los límites que le son propios y perdería sus contornos, invadiendo el ámbito de otras instituciones y difuminándose hasta carecer de significado útil a efectos de establecer una protección concreta. Ahora se trata, efectivamente, de un área de protección que es libre, pero que ha de delimitarse para que sea también, como es constitucionalmente obligado, Seguridad Social.

Dentro del área de protección libre habrá de distinguirse dos clases de prestaciones: las que sean sustitutivas de la renta de actividad y las restantes.

Para las primeras, creemos que el criterio debe ser que tales prestaciones no pueden rebasar, sumadas con las del régimen obligatorio que complementen en cada caso, el importe de la renta de actividad que pretenden sustituir, pues entendemos que la Seguridad Social no puede ir más allá de lograr que el cúmulo de las presta-

ciones sustitutivas lleguen a igualar la renta perdida. Sin perjuicio de que pueda establecerse algún mecanismo corrector que permita mantener la indicada limitación ajustada, permanentemente, al valor actualizado de la expresada renta.

En cuanto a las restantes prestaciones, resulta más difícil proponer un criterio adecuado a la finalidad perseguida; para las de naturaleza pecuniaria, siempre habrá la posibilidad de establecer un límite cuantitativo —actualizable, como en el caso anterior—, aunque siempre podrá ser tachado de arbitrario; pero, para las no pecuniarias, nos parece que no podrán aplicarse otros límites que los que se deriven de la propia complementariedad.

2 Consideramos que esta pregunta se refiere a las posibilidades de participación que tienen las entidades de previsión voluntaria en el área libre de protección complementaria prevista en la Constitución, partiendo del sistema de Seguridad Social vigente en la actualidad.

El aspecto más discutible del sistema de protección establecido por la Ley General de la Seguridad Social es que se instrumenta fundamentalmente a través de una gestión pública, salvo por lo que se refieren a la parcela respetada a las Mutuas Patronales en la contingencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y la admitida para las empresas en la asistencia sanitaria y la incapacidad laboral transitoria.

Se advierte un cierto cambio en esta política de *publicación* de la gestión con alguna de las disposiciones adoptadas en los últimos años. Así tenemos que el Real Decreto-ley 36/1978 abre las posibilidades de colaboración a una amplísima relación de sujetos, en la que, tras mencionar en primer lugar a los dos que ya estaban reconocidos —«Empresas, Mutuas Patronales»—, se añade «y Asociaciones, Fundaciones y Entidades Públicas y Privadas», sin otra condición que la de su previa «inscripción en un Registro Público». Este mismo texto legal deslegaliza, por otra parte, cuanto se refiere a la regulación de la colaboración de la gestión. Por otra parte el Real Decreto 1.855/1979, al determinar las competencias del INSALUD, le faculta para «el establecimiento de acuerdos, ciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con otras entidades públicas o privadas, para el mejor cumplimiento de fines sanitarios».

A través de estas disposiciones se establece una apertura en cuanto a la participación de los privados en la gestión, aunque la misma se encuentre pendiente de su aplicación y desarrollo en las consiguientes normas reglamentarias de carácter operativo.

Vencido este obstáculo de las formas de gestión, con la admisión de una participación amplia de las entidades privadas, la Ley General de la Seguridad Social, al configurar un sistema de protección profesio-

sional, área esta última donde adquiere un especial significado la participación de los privados en cuanto que atañe a las empresas, supone un aspecto positivo para la extensión de la asistencia y prestaciones complementarias libres, dado que va a producirse principalmente en este área profesional.

Una muestra de la tendencia monopolizadora hacia la gestión por instituciones públicas, que han inspirado las dos leyes generales que desarrollaron la Ley de Bases de 1963, es que, mientras en el preámbulo de ésta se exalta «la fecundidad de los ensayos mutualistas», se justifica «la colaboración a prestar por las empresas, particularmente en materia de accidentes, enfermedad», se explica la pervivencia y esplendor del «aseguramiento mutualista» a causa de la «inexistencia de ánimo de lucro como móvil de su actuación», se suprime en 1966 (confirmando la anterior Orden Ministerial de 25 de septiembre de 1964) el régimen de colaboración en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, en buena parte a cargo de Mutualidades de Previsión y Cajas de Empresa, después de veinte años de actuación.

La participación en la gestión de las prestaciones básicas, sean comunes o profesionales de las entidades de naturaleza mutualista, puede ser camino adecuado para ampliar la protección y el nivel de satisfacción que se puede obtener a través de asistencia y prestaciones complementarias, dentro de cada una de las contingencias gestionadas por aquéllas.

En este sentido, ha de profundizarse en el análisis de los riesgos y de sus características funcionales, que inducen a catalogarlos como «riesgos subjetivos y corregibles», frente a los de «carácter objetivo», que es como deben calificarse los comprendidos en las contingencias de vejez y de supervivencia.

En efecto, en los riesgos subjetivos, la voluntad del asegurado influye notablemente en la frecuencia y duración de la prestación; ésta es compleja, varia, y requiere un contacto directo y continuo entre el sujeto protegido y la entidad aseguradora; aquél debe estar interesado en el buen funcionamiento y resultados de la entidad; el control no puede ser realizado por un organismo lejano y burocratizado, sino motivando al beneficiario a base de estímulos y de humanización de la prestación. Es en esos riesgos donde tiene una especial significación la colaboración privada.

Ello no quiere decir que en el campo de las contingencias de vejez y de supervivencia haya de excluirse la actuación de entidades mutualistas, dado que actualmente existen entidades de este tipo que no solamente cubren regímenes complementarios sino incluso asumen las prestaciones obligatorias y las mejoran.

Por otra parte, no ha de olvidarse la existencia de colectivos no incluidos en el actual sistema de Seguridad Social, como son los profesionales que ejercen una acti-

vidad libre y que, sin embargo, tienen organizados completos sistemas de previsión (enfermedad, accidente, defunción y pensiones de jubilación, viudedad y orfandad) vinculados a los respectivos Colegios Profesionales, cuya personalidad se destaca en el actual proyecto de Ley de Ordenación y Fomento del Seguro Privado.

3 1. De acuerdo con las características del sistema de Seguridad Social vigente, el futuro modelo deberá ser de naturaleza mixta, compuesto por:

a) Un régimen público, de carácter obligatorio, y

b) Un área de protección complementaria, de carácter libre.

El *régimen público*, a su vez, estaría integrado por dos áreas de protección que se diferencian en razón de las situaciones de necesidad incluidas en cada una de ellas. Dichas áreas serían:

a) Un área de protección común, para situaciones de necesidad que se dan:

a') Con independencia de que se ejerza, o no, una actividad profesional; o

a'') En quienes no han tenido una renta de actividad, o la han perdido sin adquirir el derecho a una prestación sustitutiva de la misma, o han experimentado la extinción de un derecho a una prestación de esa naturaleza, o son derechohabientes de los anteriores.

b) Un área de protección profesional, para situaciones de necesidad:

b') Derivadas del ejercicio de una actividad profesional; o

b'') Consistentes en la pérdida, parcial o total, transitoria o permanente, de la renta de actividad.

Para el desarrollo del artículo 41 de la Constitución habrá de articularse primeramente el área de protección común, dado que la protección profesional está ya suficientemente desarrollada en el sistema de Seguridad Social vigente.

A su vez, dentro del área de protección común, los sectores de mayor interés están constituidos por las situaciones de necesidad relativas a asistencia sanitaria por enfermedad y maternidad, pensiones sociales por vejez, invalidez, subsidio social de paro y protección a la familia, según el orden de preferencia indicado. Quedan otras actuaciones marginales (disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, muerte por enfermedad o accidente) que están más cerca de la asistencia social.

2. Con carácter general, opinamos que la gestión de estas prestaciones del área común deben estar a cargo de las mismas entidades que actúen en el área profesional; nos remitimos en este aspecto a lo indicado en el punto segundo de este cuestionario.

Ni la Constitución ni, en su nivel y ámbito, los Estatutos de Autonomía, se oponen, en modo alguno, a que subsista la apertura legal hoy vigente en cuanto a la participación de los privados en la gestión

de la Seguridad Social, y podría preguntarse, ahora, si esa participación se adecúa a las condiciones básicas que caracterizan al nuevo régimen de Seguridad Social que ha de establecerse.

A tal efecto, nos parece que lo esencial de ese régimen es la universalidad, que se alcanza con la extensión de su ámbito subjetivo a todos los ciudadanos, pero conjugada con la organización de tal régimen conforme a la estructura propia de los modelos mixtos de Seguridad Social; es decir, con la existencia dentro de dicho régimen de las dos áreas de protección diferenciada «común» y «profesional».

En este área de protección común, la aportación de los privados será imprescindible, dado el compromiso que supone garantizar la prestación de la asistencia sanitaria por enfermedad, maternidad y accidente no laboral —asistencia comprendida de manera clara en este área de protección común, si se asume por la Seguridad Social— a todos los ciudadanos y cuyo cumplimiento obligará a contar, de una u otra forma, con toda la red sanitaria del país.

Por otra parte, cabe pensar que, alcanzado un nivel tal de extensión en la garantía de asistencia sanitaria, las actuales fórmulas de conciertos individualizados entre la gestora y los servicios ajenos, públicos o privados, no ofrecerán un cauce adecuado para que tenga lugar la eficaz aportación de éstos a la tarea comunitaria, por lo que se considera procedente establecer otras soluciones más amplias e innovadoras en materia de asistencia sanitaria como son las de gestión integrada o compartida con otras entidades públicas o privadas (Real Decreto 1.855/1979, de 30 de julio, regulador de la estructura y competencia del INSALUD) en lugar de la fórmula establecida en el artículo 209 de la Ley General de la Seguridad Social. Esta norma, en su preocupación por evitar una sustitución en la función gestora, elimina la posibilidad de cesión de cuotas como compensación de los conciertos, con lo que falta el *aleas* que estimula a la entidad asistencial a disminuir el costo y a mejorar la calidad para alcanzar más volumen y obtener así resultados más positivos que, por otra parte, en el sector de previsión social, redundan en favor de los propios asociados-beneficiarios de la Seguridad Social. No obstante este condicionante, el coste de los servicios asistenciales concertados no llega actualmente a alcanzar el 50 por 100 del de los propios servicios prestados directamente por el sector público.

Los conciertos deben entrañar una auténtica transferencia de la función gestora para estimular la responsabilidad de los entes que conciertan, lo que, unido a la facultad de elección de equipo médico-entidad por parte del beneficiario, es la única vía posible para que éste obtenga la mejor asistencia al mínimo costo. La prestación de enfermedad requiere de atención no masificada; que se organice en base a estímulos automáticos que provoquen una convergencia de intereses entre los tres actores

intervinientes: beneficiario-equipo médico-entidad.

3. La participación de los privados, y en concreto las mutualidades de previsión, en la gestión de los regímenes obligatorios no tiene por qué interferir en un sistema de financiación equitativo. La estructuración de la acción protectora del régimen público en dos áreas, facilita que se racionalice la financiación de las prestaciones correspondientes a cada una de dichas áreas:

a) Un área de protección común, cuyas prestaciones —reducida la situación de necesidad protegida, tal y como haya sido determinada legalmente— se atribuyen, básicamente, en razón a la condición de ciudadanía y, en consecuencia, se financian con cargo a los recursos aportados por el Estado. Ello sin perjuicio de que los perceptores de algunas prestaciones técnicas (asistencia sanitaria o algunos servicios sociales) o en especie (como la farmacéutica) puedan contribuir a financiar su coste mediante las aportaciones pecuniarias que se determinen a tal efecto; incluso la persona no afiliada ni beneficiaria de la Seguridad Social que disponga de rentas suficientes, debe costearse su propia asistencia, al menos parcialmente, pues ha de presumirse que, a cualquier nivel, por alto que sea, puede originarse una situación de necesidad para los tratamientos de alto costo, como, por ejemplo, la bomba de cobalto y la hemodiálisis; a un nivel medio es también situación de necesidad, el internamiento en centros hospitalarios; a un nivel inferior debe considerarse como situación de necesidad la utilización de centros extrahospitalarios y de los consultorios de medicina general.

b) Un área de protección profesional, en la que las prestaciones correspondan a situaciones de necesidad que, en términos generales, se derivan del ejercicio de un trabajo o actividad profesional o se basen en la pérdida de la renta que el referido ejercicio proporcionaba a los interesados y que, de acuerdo con esa construcción esencialmente profesional, se financien con las cuotas aportadas por los empresarios o empleadores y por los trabajadores o demás integrantes de la población activa.

No obstante deberá tener lugar una compensación económica del área de protección común a la de protección profesional, por el importe de las prestaciones sociales de aquéllas a las que los beneficiarios de las homólogas del área profesional no han de tener acceso a pesar de su condición de ciudadanos. De esta forma se cumpliría la obligación constitucional que le corresponde al Estado de «mantener» un régimen público de Seguridad Social «para todos los ciudadanos»; obligación que, aunque pueda ser compatible con la autorización, en lo esencial, del área de protección profesional de ese régimen, debe hacer que el Estado no prive a ésta de una aportación —a través de las compensaciones de referencia— que se justifica por otras razones.

José ARBOS BATISTA

Presidente de la Quinta de Salud
La Alianza

1 De hecho, la existencia de las referidas disposiciones legales no se han traducido hasta ahora en nada positivo.

La ausencia de medidas incentivadoras no han invitado al sector empresarial a establecer mejoras voluntarias, que incrementasen el ya gravoso peso de las prestaciones obligatorias que tanto han influido en la economía de las empresas.

Las posibilidades que la Ley de Bases 193/1963, de 28 de diciembre de 1963, ofrecía a la cooperación del sector privado en el desarrollo de unas vías de oferta de prestaciones a los afiliados y beneficiarios de la Seguridad Social, quedó limitada por el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974.

No obstante, actualmente, existe una posibilidad de proceder a un desarrollo positivo en virtud de que los artículos 181 al 185, como todas las disposiciones contenidas en dicha Ley General, han quedado derogadas por el Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, en todo aquello que se opongan a lo establecido en el mismo, quedando el resto en vigor como «normas reglamentarias, que podrán ser derogadas o modificadas por Real Decreto».

Queda abierta por tanto una vía jurídica clara y fácil para la implantación de sistemas que desarrollen y apliquen lo previsto en el apartado C del artículo 10 del Real Decreto 1.855/1979, de 30 de julio, por el que se otorgan al INSALUD las facultades bastantes para establecer con las instituciones públicas o privadas: «acuerdos, conciertos, convenios o fórmulas de gestión integrada o compartida».

2 A nuestro modo de ver, los aspectos más negativos de la legislación de referencia radican en los criterios monopolíticos de gestión de la Seguridad Social, que han tenido efectos indeseables: eliminación de elementos comparativos, descontrol manifiesto, descapitalización de los entes prestatarios de servicios (medios ajenos), descontento de los usuarios por coartación de su libertad de elección, burocratización excesiva e ineficaz, etc.

Nadie negará la justicia de que corresponde al Estado la titularidad de la gestión de la Seguridad Social, pero no debe confundirse esta titularidad con la obligación de hacer frente a la ejecución de las prestaciones.

La realidad de la existencia de un sector privado y un sector público de asistencia está ahí, a pesar de que en el lenguaje cotidiano y presupuestario de la Seguridad

Social se hable de «medios propios» y «medios ajenos». Esta realidad no puede soslayarse ni jurídicamente ni pragmáticamente.

Las ventajas que brindan a los usuarios la accesibilidad jurídica y física a «todos» los recursos disponibles, son, a todas luces, superiores a las que ofrecen los «medios propios» de la Seguridad Social, limitados, concentrados en áreas urbanas y notoriamente insuficientes.

La necesidad de cooperación de los «medios ajenos» y entre ellos del sector privado es manifiesta, pero, no con un criterio (¿debería llamarse *arrière pensée*?) de provisionalidad por el que se acepta esta colaboración como un molesto expediente temporal de trámite, en espera de establecer un equipamiento total con «medios propios» para luego de un plumazo eliminar al «sector privado» (en lenguaje sindical sinónimo de sector lucrativo).

Estimamos positivo y altamente esperanzador que en la exposición de motivos del Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, se exprese la necesidad de la «apertura de vías más anchas de participación en la gestión» y que posteriormente, al establecer las competencias del INSALUD, se le faculte «a establecer con las instituciones públicas y privadas, acuerdos, convenios, o fórmulas de gestión integrada o compartida».

Con ello se anula el restrictivo y nefasto artículo 209 de la Ley General, que impedía el acceso a la gestión de los recursos de la Seguridad Social a las instituciones privadas.

A nuestro modo de ver, y basándonos en la realidad del mutualismo catalán, una parte importante del colectivo de la Seguridad Social desea un régimen y sistema distinto al de asistencia sanitaria con medios propios.

En nuestra región, existe un plebiscito popular diario que demuestra nuestro aserto. El 70 por 100 o más de los afiliados a nuestra Mutualidad están afectados por la Seguridad Social y aportan en concepto de cuotas más de 17.000 millones de pesetas, y sin embargo mantienen unas cuotas voluntarias para sostener su *Mutualidad*, cuyo presupuesto supera los 7.000 millones de pesetas anuales, para conservar el derecho de recibir la asistencia médica en una organización propia y peculiar.

Entendemos que todo mecanismo que coarte la libertad de elección de los pacientes para elegir su entidad de asistencia, centro sanitario, equipo médico, o médico personalizado, es un elemento distorsionador de uno de los factores más primitivamente sentidos por los ciudadanos, y generador de gran parte de las insatisfacciones de los usuarios.

Toda legislación que no contemple y desarrolle una liberalización del acceso de los usuarios a todas las posibilidades asistenciales que ofrezca el país es regresiva, atentatoria contra la libertad de los individuos y, me atrevería a decir, inconstitucional.

3 Admitido que en un futuro lejano pueda establecerse un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, pensamos que:

a) Debería fijarse previamente qué prestaciones, es decir, qué límite de prestaciones, son adecuadas para toda la población.

b) Régimen económico de financiación, en principio distinto para el sector profesional y sus familias de los no encuadrados en la población activa.

En base a ello, la colaboración del sector privado aparece como una de las grandes posibilidades de una atención total y generalizada.

La necesidad de recurrir a prestaciones asistenciales es idéntica para todos los ciudadanos, pero no son iguales las posibilidades económicas para hacer frente a ellas.

El Estado, como responsable de la titularidad de subvenir a estas necesidades asistenciales, deberá establecer cuáles serán las fuentes de financiación para cada sector de la población:

a) Sector profesional y sus familias = parte de recursos del ámbito empresa-trabajador y parte de la aportación del Estado (impuestos generales).

b) Sector no profesional y sin recursos = a cargo del Estado.

c) Sector no profesional y con recursos = a cargo de ellos mismos.

Quede patente que en cada uno de los tres sectores puede y debe contarse con la iniciativa privada para la cobertura de los servicios asistenciales, quien en un régimen de franca y libre concurrencia puede poner toda su flexibilidad, imaginación y capacidad de gestión en ofrecer servicios de calidad a costes más razonables que los que, hoy por hoy, puede conseguir el sector público.

Vicente DE LA CALLE GARCIA DE LA PARRA

Presidente de la Institución
Telefónica de Previsión

1 a) En el tema de mejoras voluntarias entiendo que la mejora directa de prestaciones a cargo de la empresa, pero con aportación económica parcial a cargo de los trabajadores, debe regirse por el principio de voluntariedad para estos últimos, pero entendida no a título individual, sino colectivo, y ello, entre otras razones, por aplicación del principio de solidaridad.

b) En cuanto a la mejora por establecimiento de tipos de cotización adicionales, creo que la prohibición que actualmente

contiene el artículo 185 de la Ley General de Seguridad Social, por el que se excluye la posibilidad de constitución de fondos separados para la financiación de las mejoras, es contradictoria con lo establecido en el Real Decreto 1.879, de 23 de junio de 1978, que expresamente ordena a las entidades de Previsión Social regidas por la Ley de 6 de diciembre de 1941, separar, en el orden económico-financiero y contable, la acción protectora obligatoria de la Seguridad Social de la que constituye mejoras, especificando la afectación de los recursos correspondientes a cada una de ellas.

2 El aspecto más discutible de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el futuro régimen de asistencia y prestaciones complementarias libres de que habla el artículo 41 de la Constitución es, en nuestra opinión, precisamente la escasa regulación que contiene en materia de mejoras. Entendemos que dicha regulación debería completarse inspirándose en los principios que en nuestra opinión deben presidir todo sistema de Seguridad Social, bien sea obligatorio o de previsión libre complementaria, y que son los de: 1.º incompatibilidad con fines de lucro; 2.º, solidaridad entre los miembros que componen el grupo de asociados; y 3.º, efecto redistributivo entre los asociados, los cuales son difícilmente compatibles con un sistema de capitalización, y parece, en cambio, que exigen la aplicación del sistema de reparto.

Por estas razones, creemos que la asistencia y prestaciones complementarias libres de que habla el artículo 41 de la Constitución no es aconsejable que se gestionen por compañías o sociedades privadas de seguros y sí en cambio por mutualidades profesionales. En el mismo orden de ideas, y para no fomentar desigualdades injustificables, debería rechazarse la aplicación estricta de «a mayor cotización mayores prestaciones», lo que podría de algún modo corregirse mediante el establecimiento o fijación de unos límites máximos en la cuantía de las prestaciones, límites éstos que serán establecidos por las propias mutualidades.

3 En materia de interdependencias gestoras, financieras, de protección, etc., entre los distintos regímenes de la Seguridad Social debería, a nuestro juicio, llevarse a la práctica el principio de Caja Única, para el régimen público de la Seguridad Social, mientras que en la parte de mejoras debería llevarse de manera independiente para cada una de las correspondientes mutualidades profesionales. La financiación en el nivel público debe completarse con aportaciones a cargo del Estado, procedentes de la recaudación tributaria, con lo que se lograría uno de los efectos primordiales que persigue nuestro sistema fiscal, cual es el de la más justa redistribución de la renta y de su aplicación concreta, traducida en beneficios sociales para todos los ciudadanos. En este sentido, y para que esa protección alcance en la medida necesaria, prevista en el artículo 41 de nuestra Cons-

titución, sería indispensable una modificación sustancial de las normas de aplicación del sistema de la Seguridad Social. Así, por ejemplo, hoy quedan excluidos del campo de aplicación de dicho sistema general de la Seguridad Social todos los que no han accedido todavía a un empleo retribuido, y los que, habiéndolo desempeñado, han agotado ya las prestaciones de desempleo.

Mutua de Empresas Mineras Asturianas

1 Entendemos que no responde a las necesidades actuales, habiendo sido concebida para una etapa de la Seguridad Social que está superada. Es más, su grado de aplicación y de aceptación ha resultado en todo momento acusadamente reducido.

Este aspecto de mejoras voluntarias o libres requiere hoy un planteamiento diferente, encajado dentro de las directrices de nuestra Constitución y acorde con el nuevo modelo que define a la Seguridad Social.

2 Pensamos que el planteamiento de la Ley General de la Seguridad Social es aceptable en sus líneas generales en cuanto a las contingencias que cubren sus prestaciones, no así en cuanto a los niveles que alcanzan. Tanto las prestaciones como la cotización deben de establecerse genéricamente y de un modo uniforme para todo el colectivo laboral del país, sin distinción de actividades, retribuciones, edades, carácter público o privado del empleador o sector en que esté encuadrado. Este mínimo ha de estar sujeto a una corrección anual, de modo análogo a como se hace con el salario mínimo.

A partir de este nivel de competencia de un régimen público de Seguridad Social, que a su vez, y a su conveniencia y la de los interesados, podría en cierto grado delegar su gestión, entraría en juego un régimen de prestaciones complementarias, que, a nuestro juicio, deberían fijarse como obligatorias hasta un nivel superior y con libertad de ser contratadas por los interesados, bien con la propia Seguridad Social o con las entidades legalmente autorizadas pero encuadradas dentro de un específico control estatal.

Un tercer nivel, ajeno a la Seguridad Social, se desarrollaría libremente con carácter totalmente voluntario y, en todo caso, más o menos coordinado entre el empleado y la entidad u organismo empleador.

La prestación asistencial, por el contrario, está claro que no funciona con la vigente legislación de la Seguridad Social. Aquí no vemos otra solución que intentar reducir

el tamaño de las instituciones sanitarias que por su dimensión resultan incontralables e indirigibles, procurar agrupar por especialidades centros de hospitalización que parecen haber dado buenos resultados en las pocas experiencias llevadas a cabo hasta la fecha, crear de algún modo un eficaz sistema de gestión, que permita competir entre sí a las existentes, en calidad de servicios y precios y, a poder ser, que entren en juego otro tipo de entidades paralelas gestoras que sean capaces de ofrecer al trabajador alternativas de selectividad para mejor garantía de servicios.

3 En estos momentos sospechamos que están poco claras las interdependencias existentes entre los regímenes obligatorios existentes y que incluso la información financiera, contable, estadística y actuarial es sumamente incompleta. Por tanto, las interdependencias suponemos que funcionarán más bien a nivel teórico que real.

En cuanto al desarrollo futuro del artículo 41 de la Constitución, en lo que se refiere estrictamente al mantenimiento de asistencia y prestaciones básicas, por mediación de los poderes públicos, pensamos, conforme hemos manifestado en el apartado 1, que acaso pueda pensarse seriamente en que exista un solo régimen obligatorio unificado y homogéneo para todos. Incluiría funcionarios, trabajadores del campo, de la mar, de la industria, de los servicios, autónomos y de cualquier otras instituciones. No habría lugar a interdependencias.

En cuanto a las entidades colaboradoras que la Seguridad Social autorizase para desarrollar su cometido o parte de él, en este primer grado, está claro que deben de existir concretas interdependencias en puntos esenciales como:

Centros asistenciales.

Información y control contable, estadístico y económico.

Tesorería recaudatoria unificada.

Por lo que se refiere a las interdependencias en el grado segundo obligatorio, seguirían siendo precisas las de:

Tipo asistencial.

Información estadística, contable y actuarial.

Jesús HERMIDA CEBERIO

Presidente del Consejo Superior
de Deportes

En primer lugar, hay que hacer constar que para poder formular una opinión con conocimiento de causa, tanto sobre las «mejoras voluntarias» de la Seguridad Social como sobre el régimen de asistencia y prestaciones complementarias libres, o sobre el «régimen público de la Seguridad Social para todos los ciudadanos», es imprescindible conocer el alcance que en un futuro desarrollo legislativo haya que dársele al término que figura en la Constitución de «situaciones de necesidad». En la medida en que estas situaciones queden absolutamente bien definidas, podrá opinarse sobre la amplitud de la asistencia y prestaciones complementarias, y sobre el mejor sistema para atender a las mismas, así como sobre la medida en que la actual regulación de las mejoras voluntarias puede o no mantenerse.

De todos modos, contestando en su conjunto al planteamiento, debemos señalar los siguientes extremos:

Primero. La asistencia y prestaciones sociales ante situaciones de necesidad deben medirse con mucha ponderación a la vista de la situación actual, en la que ya se ha alcanzado un techo de prestaciones en la Seguridad Social, y cuyo techo es difícil disminuir sin razones muy poderosas.

Segundo. Que hay que separar, tajantemente, en cualquier sistema de Seguridad Social, la financiación del mismo de las prestaciones que se den y, sobre todo, mucho más importante, de la forma de gestión de esas prestaciones. La unión de la financiación y la gestión es uno de los aspectos más discutibles del actual régimen de la Seguridad Social, puesto que la calidad de las prestaciones viene directamente influida por la fuente financiera y la cuantía de la financiación.

Tercero. Que, en cualquier caso, al hablar de mejoras voluntarias, y por lo que respecta a la Mutualidad General Deportiva, habrá que tener muy en cuenta la peculiaridad del carácter solidario muy específico que existe entre todas las Asociaciones Deportivas (Federaciones, Clubs y Agrupaciones) que dieron nacimiento a la propia Mutualidad General Deportiva, así como a la especificidad de su prestación fundamental, que es la prevención y asistencia del accidente deportivo. Creemos sinceramente que el sistema actual de la Mutualidad General Deportiva es algo que debe conservarse en beneficio del deporte y de los deportistas.