

**SALUD Y SEGUROS MÉDICOS
ACCIDENTES DE TRABAJO
OTROS BENEFICIOS SOCIALES**

Madrid, 7 y 8 de Marzo de 1994

SALUD Y SEGUROS MÉDICOS

El panorama sanitario que hoy nos encontramos no es bueno. El modelo sanitario español, en el que los servicios básicos relacionados con la salud dependen de la Administración, encargándose la Seguridad Social de garantizar la asistencia sanitaria a la práctica totalidad de los ciudadanos, han llegado a su propio límite tanto desde el punto de vista organizativo como económico.

Los antecedentes de toda esta cuestión, espinosa y a veces abiertamente conflictiva, son bien conocidos y hunden sus raíces en el profundo cambio que ha experimentado la práctica de la medicina en España y en general en todo el mundo desarrollado.

Persiste la rígida concepción del sistema sanitario, con aparente confusión entre "socialización" y "estatalización". Continua primándose la utilización de los agentes públicos "propios" con independencia de su grado de satisfacción; la gestión pública de medios sanitarios ha continuado mostrándose insatisfactoria; no se ha dado entrada a los incentivos inherentes al contraste de la competitividad; el ciudadano continúa ante un sistema poco respetuoso con sus intereses, incómodo y de escasa calidad.

La práctica comparada enseña que la competitividad entre los agentes sanitario-asistenciales es la fórmula más apta para elevar la calidad y la rentabilidad del sistema sanitario y para contener el incremento de los costes. Este principio ha sido inaplicado en la sanidad pública española, excepto, paradójicamente, en ciertos colectivos muy claramente delimitados como los funcionarios de la Administración Civil, organismos judiciales, militares, los cuales tienen la posibilidad de elegir entre las prestaciones sanitarias directamente proporcionadas por el Estado o bien acudir a las aseguradoras privadas a través de diferentes mutualidades a las que se encuentran adscritos. El resto de ciudadanos de a pie no disponen de esta opción y deben conformarse con lo que hay (ya sea bueno, malo o regular), salvo que se decidan a pagar dos veces por los mismos servicios y contratar una póliza de seguros médico privada.

Curiosamente entre los ciudadanos que pueden elegir entre sanidad pública y privada, es decir, entre los funcionarios españoles, el 90% de los mismos elige cada año la sanidad

privada a través de los seguros privados de salud.

Los sistemas cerrados y rígidos, como el actual, han probado su inadecuación a las realidades nuevas, por lo que se hace precisa su apertura, que debiera fundamentarse en el reconocimiento a los ciudadanos de su facultad de opción sanitaria, que conduzca al principio de competitividad entre los prestadores de servicios sanitarios.

El diagnóstico, el de la necesidad de la reforma del actual sistema, es compartido por todos, pero la controversia, a juzgar por la polémica desatada, surge en el contenido y puesta en práctica de dicha reforma; siendo uno de los caballos de batalla en esta polémica el papel que el sector privado debe desempeñar en el sistema de sanidad.

Esta necesaria apertura del sistema, obliga al sector del seguro privado a disponer de ofertas de productos suficientemente atractivos para la captación de clientes dispuestos a pagar por segunda vez por la cobertura de salud.

Como consecuencia de todo ello el mercado español de seguros médicos ha sufrido un gran desarrollo, traduciéndose tanto en un incremento del número de entidades que comercializan los seguros de salud, como en la constante evolución y diversificación de los productos y coberturas ofertadas, llegando a realizarse verdaderos "trajes a medida" de acuerdo con las necesidades del asegurado.

En este momento coexisten en España varios tipos de productos claramente diferenciados:

- Seguros de enfermedad o de reembolso de gastos, que se pueden definir como una modalidad de prestación económica por la que el Asegurador se obliga, dentro de los términos pactados, a reintegrar un porcentaje (habitualmente el 80-90% en España y 80% en el extranjero) de las cantidades desembolsadas por los actos médicos, que a consecuencia de enfermedad o accidente, sea necesario aplicar al asegurado, con independencia del Centro o facultativo que lo atienda.

- Asistencia Sanitaria, que se puede definir como una modalidad de prestación de servicios, a través de un Cuadro Médico previamente concertado por el Asegurador.
- Seguros mixtos, son una mezcla de prestación económica al elegir asistencia sanitaria por libre elección de servicios médicos y prestación de servicios al utilizar el Cuadro Médico del Asegurador.
- Seguros de Hospitalización y alta Cirugía, consistentes en la entrega de una indemnización diaria durante el tiempo de hospitalización y/o la entrega de una indemnización única de cuantía variable según la clase de intervención quirúrgica, según los límites máximos pactados.

Los seguros de Asistencia Sanitaria tienen una larga tradición en España, siendo los seguros de reembolso de gastos médicos de reciente implantación en nuestro país motivado por la imposibilidad de su contratación hasta la entrada en vigor de La Ley de Contrato de Seguro en 1980, por contra fuera de nuestras fronteras el seguro de reembolso de gastos médicos es el más desarrollado en Europa y Estados Unidos, de forma que se puede afirmar que, esencialmente es este tipo de seguro el único que se contrata en estos países.

También se detectan diferencias en relación al tipo de pólizas predominante, así mientras en España prima la póliza individual, en Europa y en Estados Unidos el mercado está dominado por las pólizas patrocinadas por los empresarios para sus trabajadores.

Desde 1982 el número de asegurados se ha incrementado en más de 1 Millón de personas, siendo en la actualidad cerca de 6 Millones de españoles que están cubiertos por una póliza de seguro médico privado. En el mismo período las primas por este concepto han pasado de unos 39.000 a unos 200.000 Millones de pesetas, según los últimos datos que ha publicado la patronal del sector UNESPA.

Pero si el presente es saludable el futuro no lo será menos. Las previsiones que se manejan en el ramo son que para el año 2000 los asegurados podrían llegar a 10 Millones de personas. El funcionamiento de la Seguridad Social tendrá mucho que ver en ello. Sea como fuere, las previsiones sobre las que trabajan las principales Compañías del sector contemplan un elevado potencial de crecimiento del seguro de salud, tanto en la modalidad de asistencia sanitaria como en la de reembolso de gastos médicos.

No obstante en este futuro tan alentador para el seguro médico, las Compañías no pueden abandonar los esfuerzos para conseguir productos cada vez más competitivos, innovadores, y diseñados especialmente para cada cliente, consiguiendo con ello incrementar no sólo el número de pólizas sino introducir en el marco del seguro médico fórmulas hasta hoy no aplicadas en este ramo.

INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (I.L.T.)

Las modificaciones en la legislación de la Seguridad Social a través del Real Decreto Ley 5/1992 de 21 de Julio, de Medidas Presupuestarias Urgentes, trasladan al empresario el coste de los 15 primeros días de baja laboral por ILT.

Después de haber sido aprobado este Real Decreto Ley, en caso de enfermedad común o accidente no laboral, la empresa deberá indemnizar desde el cuarto día al decimoquinto (60% de la B.R.).

Estas modificaciones están generando compromisos nuevos en las empresas, a pesar de ser un riesgo donde la información estadística suele ser bastante fiable. Por ello estos riesgos están siendo asumidos por ciertas Compañías Aseguradoras aportando las siguientes ventajas:

- Convertir en gasto fijo la ILT, que en caso contrario es variable, paliando posibles desviaciones presupuestarias.

- Regular el absentismo de los empleados, a través de expertos en el tema, beneficiando claramente a la empresa.
- Mantener el clima laboral, ya que es la Compañía Aseguradora, y no la empresa quien se encarga del control.

ACCIDENTE DE TRABAJO

Independientemente de la cobertura obligatoria del Accidente de Trabajo bien directamente con el INSS o a través de una Mutua de Accidente de Trabajo de la Seguridad Social, las contingencias derivadas de un Accidente de Trabajo pueden también asegurarse, porque así lo determine el convenio que afecte al trabajador o porque voluntariamente quiera hacerlo el empresario, con una Compañía de Seguros.

Cuando en una póliza se habla de riesgo profesional nos estamos refiriendo precisamente a que las garantías aseguradas serán indemnizables cuando sean consecuencia directa de un accidente de trabajo (normalmente se considera incluido el riesgo in itinere).

Las Compañías de Seguros son reacias a la cobertura de enfermedades profesionales (asimilables al Accidente Laboral por el INSS) en póliza de Accidentes por no considerarlas como tal, no planteando problemas su aseguramiento si se exige en convenio o queda expresamente recogido en las condiciones de la póliza.

Otra contingencia que si se tiene voluntad de asegurar, habrá de quedar claramente definida en un contrato de Accidentes es la de las enfermedades cardiovasculares, ya que aún cumpliendo algunas de las características de la definición de accidente (causa súbita, violenta y ajena a la voluntad del Asegurado) no cumple la de causa externa.

No presentan problemas las indemnizaciones por esta contingencia, aunque no se hubiera cubierto expresamente en póliza, cuando el dictamen del INSS reconoce el Fallecimiento o la Invalidez derivados de estas enfermedades como Accidente Laboral.

Hechas estas puntualizaciones nos centraremos en el tema de la ponencia que son los Accidentes de Trabajo de cobertura obligatoria en el INSS ó en las Mutuas de Accidentes de Trabajo de la Seguridad Social.

Toda actividad laboral origina siempre un riesgo que a la vez puede originar un accidente.

Puesto que el riesgo emana de la actividad laboral y no de los trabajadores, quien debe responsabilizarse de los accidentes de trabajo es el empresario y no los trabajadores (TEORÍA DEL RIESGO PROFESIONAL)

ACCIDENTE DE TRABAJO: Denominación que se reserva, según terminología de la Seguridad Social, para los accidentes laborales que causan lesión corporal a la persona o lo que es lo mismo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Otro concepto a introducir en esta exposición sería el de ENFERMEDAD PROFESIONAL, asimilable al Accidente Laboral y definida como la alteración de la salud producida de forma exclusiva por el trabajo y especificada en el cuadro de enfermedades profesionales (aprobado por decreto).

En España en 1.900 se promulga la primera Ley de Accidentes de Trabajo llamada Ley de Dato y aunque se reconoce una indemnización para el trabajador accidentado, es facultativo del empresario asegurar o no la responsabilidad que se le imputa ante el trabajador. Nacen entonces las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo para aquellos empresarios que mediante pólizas de responsabilidad Civil hacen cesión a estas entidades de su responsabilidad.

En 1.932 por Decreto de 8 de Octubre se impone la obligatoriedad del Seguro de Accidentes de Trabajo contra el riesgo que produzca Incapacidad o Muerte.

Se permite asegurar el riesgo con la Caja Nacional del Seguro de Accidente de Trabajo (Empresa Pública) o con Sociedades privadas de Seguro.

En 1.956 se incrementan las Coberturas de Accidente de Trabajo (lesiones definitivas no invalidantes, Invalidez Temporal y Asistencia Sanitaria).

Las entidades privadas que aseguren estos riesgos deben de tener un fin social y no podrán operar en otros ramos. Ya se van perfilando las características de las actuales Mutuas de Accidente de Trabajo.

En 1.963 con la Ley de Bases de la Seguridad Social se produce el tránsito de un conjunto de Seguros Sociales a un sistema de Seguridad Social.

Se acepta la participación de entidades privadas en la gestión de los riesgos que nos ocupan pero se excluye a las entidades mercantiles.

Nuestro actual Sistema de Seguridad Social entra en vigor en el año 67. Nace básicamente ligado a situaciones de necesidad del sector laboral y restringido a sujetos de la población activa.

Aprobada la constitución y en cumplimiento del art. 41 (Toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la Seguridad Social) el modelo técnico de Seguridad Social estaría compuesto por tres áreas:

- Área de régimen publico y básico, de extensión universal.
- Área de libre iniciativa de carácter profesional para la población activa, obligatorio y contributivo.
- Área complementaria opcional.

El modelo al que se tiende propugna la existencia de un área de libre iniciativa de carácter profesional cuyo coste correría en gran parte a cargo de los empresarios y exclusivamente en las contingencias de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Parece lógico que si aceptamos que la financiación corre fundamentalmente a cargo de empresarios y trabajadores, sea un régimen de libre iniciativa.

Las Mutuas de Accidente de Trabajo son las únicas entidades privadas que vienen participando o colaborando con la Seguridad Social en la gestión del Seguro de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.

La libre concurrencia de la iniciativa privada dentro de un régimen público de Seguridad Social puede desarrollar una labor muy eficaz y positiva.

Además de la cobertura de las contingencias que nos ocupan, las Mutuas hacen una importante labor de previsión y prevención de los riesgos profesionales.

Otra de las labores importantes de las Mutuas son las de readaptación y reinserción de los accidentados y enfermos.

Así, podríamos decir que siendo las prestaciones de las Mutuas, tanto las Asistenciales como las Indemnizatorias, de obligado cumplimiento según legislación vigente, la decisión de asociarse a una u otra Mutua debe de apoyarse fundamentalmente en aquellos servicios complementarios que cada una ofrezca a sus Asociados.

La mejor prueba de que las Mutuas de Accidente de Trabajo son el órgano adecuado para la función para la que fueron creadas, es que estas Entidades han superado eficientemente todas los cambios políticos y técnicos en el tiempo.

También es índice de la buena gestión de las Mutuas el que en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1.990 y a través de su Disposición Adicional Catorceava se suprimiera el nº 2 del art. 204 de la vigente Ley General de la Seguridad Social.

Con dicha supresión se abría la posibilidad de que determinados Organismos y empresarios que estaban obligados a formalizar la cobertura de Accidente de Trabajo con el INSS puedan ejercitar el derecho de opción en favor de una Mutua de Accidentes de Trabajo.

Hasta fechas recientes y en virtud del artículo 2 de la Orden Ministerial de 2 de abril de 1984, cuyo tenor literal es el siguiente: "Las Mutuas Patronales podrán seguir utilizando como complemento de su administración directa, los servicios de terceros por la tramitación de los convenios de asociación, partes de accidentes o cualesquiera otra gestión administrativa, computándose sus retribuciones dentro del margen que para gastos de administración tenga autorizado, sin que los gastos ocasionados tanto a nivel global como individual puedan superar en el régimen general el 4% y en el régimen especial agrario el 10% de las cuotas recaudadas en cada provincia", se reconocía el derecho de las Mutuas a utilizar servicios externos de colaboración.

Con efecto 1º de julio de 1992 y mediante circular la Dirección General de Ordenación Jurídica y Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social, haciendo una interpretación restrictiva del artículo mencionado, informó a las Mutuas de la exclusión de todos los mediadores de seguros del ámbito de la colaboración.

- **ACCIDENTE DE TRABAJO**
 - TODA LESION CORPORAL QUE EL TRABAJADOR SUFRA CON OCASION O POR CONSECUENCIA DEL TRABAJO QUE EJECUTA POR CUENTA AJENA.

- **ENFERMEDAD PROFESIONAL**
 - ALTERACION DE LA SALUD PRODUCIDA DE FORMA EXCLUSIVA POR EL TRABAJO Y ESPECIFICADA EN EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

- **COBERTURA OBLIGATORIA**
 - INSS
 - MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (MEJORA DE SERVICIOS)

- **COSTE**
 - 100 % A CARGO DE LA EMPRESA

MUJERES DE ACCIDENTES DE TRABAJO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- ENTIDADES COLABORADORAS EN LA GESTION DE LA SEGURIDAD SOCIAL
- ASOCIACIONES PRIVADAS DE EMPRESARIOS PRIVADOS
- ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO
- ACTIVIDAD LIMITADA A CONTINGENCIAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
- IMPORTANTE CONTROL OFICIAL SOBRE SU FUNCIONAMIENTO