

1 9 9 2

N. 42613
R. 41188



I ENCUENTRO MUNDIAL DE SEGUROS
WORLD INSURANCE ENCOUNTER I

XXIII CONFERENCIA HEMISFERICA DE SEGUROS

**EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA, ASPECTOS
PARA PODER AFRONTAR LA COBERTURA DE SALUD**

DISTINTOS CONCEPTOS Y SISTEMAS PARA LA COBERTURA DE SALUD

Organizado por:

Agrupación de Seguros de Enfermedad y Asistencia Sanitaria de UNESPA

POR MANUEL GUERRERO DE CASTRO
Vicepresidente de UNESPA

I Encuentro Mundial de Seguros

Seminario sobre el Seguro de Asistencia sanitaria; aspectos para poder afrontar la cobertura de salud.

DISTINTOS CONCEPTOS Y SISTEMAS PARA LA COBERTURA DE SALUD

Manuel Guerrero de Castro
Vice-Presidente UNESPA

I - Delimitación y ámbito.

En un tema tan amplio como el general de la salud donde inciden factores de muy distinto signo y naturaleza hay que empezar por acotar los campos y esto es esencial cuando, como siempre, se acaben por establecer fórmulas y sistemas de comparación entre el sistema público y el privado.

Para empezar creo que nuestro campo es el asistencial; antes de llegar a él existe el enorme campo de la Sanidad pública que es en sí mismo mucho más importante y en el que lógicamente no debemos entrar, salvo excepciones muy concretas.

Y sin embargo hay que empezar por reconocer que los efectos de los estilos de vida, la alimentación, la educación, la vivienda, la criminalidad, la droga y las políticas sociales de

redistribución globales son más influyentes sobre la salud que los efectos de los servicios sanitarios; tiene razón J.J. Artells cuando lo afirma de modo categórico y hay que pensar que los países que mayores logros han alcanzado en materia de salud lo han conseguido incidiendo en dichos factores y precisamente en las épocas históricas en que lo han realizado ; sobre esto no existe duda alguna.

Aquí se mezclan conceptos de público y privado que a mi juicio deben quedar perfectamente claros, aunque uno incide en el otro; evidentemente un dispositivo público sanitario de vacunación puede implicar un gasto público importante que beneficiará a personas privadas, pero en su concepto debe prevalecer siempre el carácter público.

La Instrucción General de Sanidad aprobada por Real Decreto de 12 de enero de 1904, recogiendo conceptos de la legislación del siglo pasado define claramente unos conceptos de Sanidad pública distintos de los asistenciales, dividiendo su competencia entre distintas Administraciones e incluyendo conceptos de viabilidad, aguas, evacuación de residuos, cementerios, mataderos, etc.,etc.

En el mismo sentido la Ley de Sanidad vigente (14/1986 , de 25 de Abril), aunque con un sistema técnico defectuoso, define claramente actuaciones públicas en materia de Sanidad y determina que las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones de educación sanitaria de atención a grupos de población de

mayor riesgo; de promoción y mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; de promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire; de vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida; de control sanitario y de prevención de los riesgos derivados de los productos alimentarios; de actividades de salud veterinaria; de difusión de la información epidemiológica general y específica; de formación del personal al servicio de la organización sanitaria y de fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud.

Todos estos conceptos y elementos constituyen el núcleo de lo que yo llamo "Sanidad pública" como término ambiguo que no se opone a privado, sino más bien a Sanidad asistencial; todo este primer grupo de actividad a mi juicio es esencialmente público; en el campo residual, es decir, en el asistencial cabe a su vez la existencia de una actividad pública y otra privada, de forma que el término de público está jugando en un doble concepto, como paradigma de la Sanidad no asistencial y como uno de los modos de desarrollar la Sanidad asistencial.

Con este planteamiento se concreta el ámbito de nuestra actividad; el campo asistencial y dentro de él el sistema mediante el cual con una operación de seguro se cubren las contingencias producidas directa o indirectamente como consecuencia de alteraciones de la salud.

II - Seguro de enfermedad.

Definido en unos términos tan amplios es claro que en los distintos países se tienen que producir concepciones y sistemas muy diversos; el estudiar esta actividad en España y en Europa es el objeto de dos intervenciones en este Seminario y no voy a referirme a ello; hubiera sido muy interesante estudiar la situación de Estados Unidos que es única y casi atípica, así como estudiar la situación de una serie de países donde esta actividad con características muy similares se desarrolla fuera del campo del Seguro; el estudio a fondo de estos sistemas excede del ámbito de este trabajo pero de forma esquemática me referiré a ellos.

El Seguro de Enfermedad se entiende de maneras muy diversas; puede implicar un pago en dinero que equivalga al coste producido por la enfermedad y éste puede fijarse por sistemas forcietarios o mediante reintegro del coste real, pudiéndose establecer fórmulas muy diversas de franquicias, limitaciones, etc.. También puede consistir en un subsidio o cantidad diaria o periódica en el tiempo que cubra los gastos presuntos motivados por la enfermedad o el beneficio dejado de percibir por la existencia de la misma y ello también con muy distinta extensión - (para toda clase de enfermedades, por un tiempo determinado, sólo para supuestos de internamiento hospitalario, etc.,etc.). Finalmente y concebido siempre como prestación económica puede cubrir el riesgo de invalidez y cubrir el gasto y la pérdida de beneficios que se producen cuando una persona por causa de

enfermedad no está ya en condiciones de trabajar.

En otro campo en lugar de pagar la contraprestación en dinero puede establecerse la obligación de la Compañía aseguradora de prestar un determinado servicio en caso de enfermedad.

Estos dos grandes sistemas no son excluyentes ni tienen sus perfiles claramente definidos, produciéndose situaciones mixtas que tienen elementos de las dos.

Para entendernos, y generalizando, el sistema del seguro con prestación de dinero es el comúnmente conocido en Europa y el seguro con prestación en servicio es el conocido en España con el nombre de Seguro de Asistencia sanitaria, aunque otras veces he dicho que la característica especial de nuestro Seguro más que en el servicio está en la gestión directa del siniestro.

En todos los países existen sistemas de Seguro asistencial público y la primera característica del Seguro privado es que es subsidiario de dos situaciones o conceptos que condicionan su naturaleza, su desarrollo y su importancia: es subsidiario de la Sanidad, en general, y es subsidiario de la asistencia sanitaria que cubre el sistema público de Seguridad Social.

Ello determina, muy a grandes rasgos, la existencia de tres grandes categorías de Seguro privado:

a) El alternativo, cuando el ciudadano puede optar de alguna

manera por recibir asistencia de un Seguro público o de uno privado; es el seguro que en Europa se denomina "au premier franc" y que existe por ejemplo en Alemania y en Holanda; en España se ría la situación de los Funcionarios Civiles y Militares del Estado.

b) El complementario, que, supuesta la existencia de un Seguro público y establecida la limitación de éste, permite completar su cobertura con un Seguro privado y ello con una gama enorme de posibilidades; es el sistema que existe en Francia.

c) El suplementario, donde existiendo un Seguro público de carácter obligatorio, el ciudadano si desea otro tipo de cobertura no puede dejar de pagar el Seguro público y tiene sólo la opción de pagar un segundo Seguro, éste de carácter privado; es básicamente la situación de España, Italia y Reino Unido; siempre hemos entendido que este sistema adolece de una cierta falta de respeto al ciudadano y que está obligando a que se paguen dos veces el mismo servicio, uno que no se utiliza y otro voluntario que es el que se usa; hay autores que entienden que la existencia de este sistema es más un problema ético que asegurador. Pone por encima de cualquier otra circunstancia por razones de justicia un concepto de solidaridad, sin pensar que ésta, que básicamente debe buscarse a través de sistemas fiscales, puede llegar a negar la propia Justicia.

III - Situación en Estados Unidos.

Al margen de estos sistemas la situación en Estados Unidos es única; no existe propiamente un sistema de Seguridad social pública y la Asistencia sanitaria se cubre por un sistema combinado de Seguro privado y de Programas públicos, a saber:

a) Seguro privado, contratado por fórmulas muy distintas tanto por empresarios a favor de sus trabajadores como por particulares, en forma individual o colectiva, con una enorme serie de modalidades, tanto en cuanto a los sujetos (Compañías de seguros y organizaciones de muy distinta índole generalmente no lucrativas) como por la naturaleza y extensión de las prestaciones.

b) "Medicare" que es un programa federal de ayuda a personas mayores de 65 años o con incapacidad permanente, que se financia también por cuotas de empresarios y trabajadores.

c) "Medicaid" o fondo de ayuda y atención a personas que no alcanzan un determinado nivel de ingresos y que se financia por fondos federales y de los Estados respectivos.

Es sin duda el sistema más liberal que se conoce y paradójicamente es un hecho que ponen de relieve muchos autores que no es unánime el grado de satisfacción que produce en la población.

El mayor inconveniente que se atribuye al sistema es el de su carestía que sería imposible de cubrir por muchos países y que en los propios Estados Unidos ha ocasionado numerosos problemas.

El sistema de los Estados Unidos es muy diferente al de otros países y sobre todos estos temas, incluido el de su alto coste, habría mucho que hablar y habría que empezar por homogeneizar - datos; yo creo que los gastos de salud incluyen allí conceptos que en determinados países de Europa se cargan al concepto de - servicios sociales y por tanto es posible que las diferencias - de coste no sean tan acusadas.

Sin embargo es cierto que leyendo estudios de la situación de la actividad en Estados Unidos se nota que es constante la preocupación por el coste, lo que ha dado lugar a una serie de instituciones como los pagos por proceso, los sistemas de H.M.O., etc. que no puedo examinar con detalle, pero que son muy sugerentes - no sólo por su naturaleza y por las causas que han determinado - su existencia, sino también por la influencia que tiene su recepción teórica y práctica en otros países.

IV - Formúlas no aseguradoras.

En algunos países la asistencia de salud no es seguro; el concepto de seguros es algo teórico, pero desde el punto de vista - del Derecho positivo depende, como es lógico, y en gran manera del contenido de la legislación de cada país.

Incluso en la legislación española se produce un cierto grado de duda en algunos supuestos; el Reglamento de la Ley de Ordenación dispone en su art. 2º que es "tiene la consideración de Se-

guro privado toda operación de seguro o provisión, quien quiera que sea el asegurado o el asegurador"; es decir, no se resuelve el tema con claridad especialmente porque el concepto definido figura en la definición, pero es que a mayor abundamiento el núm. 3 del mismo precepto indica que "no tendrá la consideración de operaciones de seguro la prestación de servicios profesionales y los contratos de abono concretados para prestar servicios de conservación, mantenimiento, reparación y similares, siempre que en las obligaciones que asuman las partes no figure la cobertura de un riesgo técnicamente asegurable". Otra vez nos encontramos con una falta grave de tecnicismo.

A la vista de dichos preceptos cabe pensar que en el campo de asistencia de salud caben contratos de seguro y contratos de abono, tema muy interesante y que deberá ser abordado en profundidad alguna vez; hoy contamos sólo con un meritorio estudio de José L. Maestro; a mi juicio el contrato de abono es una sub-especie de contrato de arrendamiento de servicios y la existencia de una prima técnica, matemáticamente determinada, no es suficiente elemento definitorio, ya que también cabe en el contrato de arrendamiento de servicios, en supuestos especiales de retribución a tanto alzado o por iguala.

La diferencia está, a mi entender, en el que el contrato de abono es siempre un contrato que tiene por objeto el trabajo -

personal, de tal manera que cuando en la prestación existen -- otros elementos patrimoniales (por ejemplo, gastos de intervención en clínica) la operación es un contrato de seguro.

Esto en términos generales y en la doctrina, ya que en la práctica el hecho de que en un determinado país un hecho sea seguro o contrato de abono o similar dependerá del contenido de la legislación positiva. Sin embargo, conceptualmente creo que dicha situación que se dá en algunos países constituye un error.

V - Afirmación del carácter asegurador de la asistencia sanitaria.

Creo que debemos reivindicar el carácter de operación de seguro para todo sistema de prestación de Asistencia sanitaria en la modalidad de servicio (en las modalidades de prestación en dinero nadie lo duda) siempre que el servicio se preste a cambio de una prima técnicamente determinada.

Y ello es así por razones de muy distinto orden.

En primer lugar por la propia naturaleza jurídica y concepto de la operación.

En segundo lugar por imperativo de la defensa de los intereses del consumidor que sólo se encuentran realmente garantizados cuando dispone de toda la gama de garantías que ofrece el mundo del Seguro.

Finalmente, por razones técnicas y financieras que se derivan de la propia naturaleza del seguro y de sus consecuencias.

Todo ello podría ser ampliamente desarrollado, pero un estudio completo excedería de los límites de este trabajo en que sólo se apuntan las líneas muy generales de una situación.

VI - Evolución futura.

Es muy difícil en unos términos tan generales y sin referirme a ninguna situación concreta pensar en qué forma debe desarrollarse esta actividad en el futuro.

En primer lugar habrá que aceptar el carácter subordinado del Seguro de enfermedad con relación a la evolución de la Sanidad pública de cada país; como he dicho al principio de mi intervención a mi juicio el Seguro no podrá promover una fuerte evolución de la Sanidad sino incidir en determinados aspectos asistenciales, lo que en todo caso no es poco. Desde este punto de vista el Seguro tendrá que propiciar el que se inviertan grandes cantidades en materia sanitaria, cuya inversión viene impuesta por la evolución de la tecnología y aumento creciente de los costes sanitarios.

En segundo lugar hay que defender el principio de que esta actividad debe ser siempre Seguro y que debe desarrollarse con sus normas, con su técnica y con sus garantías; sería deseable que - la misma evolución que existe en España desde 1.954 en que por -

vez primera una Ley de Ordenación de Seguros definió la asistencia sanitaria -la prestación de servicios- como operación de seguros se produzca en los demás países. En el campo teórico no puede existir diferencia en que la prestación se pague en dinero o mediante la prestación de un servicio.

El seguro podrá desarrollarse de una forma u otra, con prestación en dinero en cantidad fija o forciataria, en forma de subsidio, en servicios, etc. y desde un punto de vista doctrinal cabe pedir que en todo caso esta actividad aseguradora tenga análoga condición que la que en cada país exista para la análoga de carácter público, que tenga idéntica fiscalidad y que en ningún caso - el ciudadano se vea constreñido a pagar dos veces por el mismo concepto y que si desea acudir a un Seguro privado de enfermedad no deba sufragar además la cuota íntegra del Seguro social, salvando siempre los criterios lógicos de solidaridad.

En tercer lugar será decisiva la evolución de la Seguridad social en cada país; como también he dicho el Seguro privado es también subsidiario del social en materia de enfermedad y en realidad se desarrollará de una u otra forma en función del campo que le deje el sistema público; lo que si sería deseable es que sea cual sea la forma de este desarrollo se cumplan en todo caso los principios que antes he enumerado.

VII - Evolución en el marco de la Comunidad Económica Europea.

Para terminar y ante la imposibilidad de estudiar en forma concreta la posible evolución de nuestra actividad dada la diversidad de sistemas existentes en los diferentes países, sí creo será interesante pensar qué puede pasar en la Europa Comunitaria.

También aquí el elemento esencial será determinar qué va a ocurrir en el ámbito comunitario con los sistemas de Seguridad social; es un tema interesante y sobre el que existe abundante bibliografía; sigo en este punto un trabajo reciente de Bernardo Gonzalo González que empieza por sentar que el concepto de Seguridad Social Comunitaria ha sido expresamente negado como concepto sustantivo por el Acta Unica.

Partiendo de ello cabe pensar que el legislador comunitario ha actuado en esta materia con tres graves limitaciones: 1ª, la limitación de su modesta finalidad, ya que las normas se consagran simplemente a remover los obstáculos opuestos a la libre circulación de trabajadores; 2ª, la limitación de su contenido, ya que se trata de normas casi siempre de mero alcance coordinatorio o de enlace y sólo excepcionalmente de contenido sustantivo, y la 3ª por la limitación formal de las condiciones exigidas para su elaboración y para su validez, ya que la legislación comunitaria de Seguridad Social requiere la unánime voluntad de todos los Estados miembros para su aprobación, lo que entraña un inconveniente fundamental.

Con este planteamiento cabe pensar que en el futuro caben cuatro líneas previsibles de evolución, a saber; 1) la armonización de los sistemas o regímenes de protección nacionales; 2) la coordinación de las legislaciones respectivas; 3) la convergencia más o menos espontánea de las políticas de protección social de cada Estado y, por último, 4) la creación de programas específicos de protección social de ámbito Comunitario que sustituyan a los correspondientes programas sociales nacionales.

Cada una de estas líneas posibles de actuación podrían ser estudiadas detenidamente pero en resumen habrá que concluir - en que la tarea de integrar a la Seguridad Social en un programa coherente y completo de acción europea es imposible a corto plazo y gravemente difícil a más largo plazo, y ello no sólo - por razones jurídicas (exclusión de la Seguridad Social de las competencias comunitarias) y políticas (desinterés de algunos Estados miembros por los aspectos sociales del futuro gran mercado), sino, también, a causa del volumen y peso de los sistemas nacionales (razones económicas) y a causa de su firme arraizamiento en el medio histórico y sociológico de cada Estado miembro (razones culturales).

Hasta aquí he seguido el estudio del Sr. Gonzalo pero también cabe pensar que la Comunidad avanza de forma inexorable y a veces con grandes saltos; en tiempo muy reciente Juan José Martínez Murillo ha estudiado las consecuencias de los acuerdos de Maastricht en la nueva política social; es un trabajo inte-

sante y profundo en una materia a la que todos deberíamos prestar gran atención pues, con gran probabilidad, va a ser la base de nuestro próximo futuro.

En conclusión y pretendiendo contestar a un interrogante esencial: ¿tendrá la Comunidad una política social común? sostiene que es evidente que hay todavía materias en el ámbito social que quedan fuera de la competencia de la Comunidad, que también es cierto que un cierto número de aspectos caen bajo el sistema de la unanimidad, por lo que cada Estado miembro cuenta con un derecho de veto en cuanto a los mismos y que donde la Comunidad es competente, sólo puede adoptar normas mínimas pues su competencia es compartida con los Estados miembros. Sin embargo, observa también que el conjunto de materias que compete a la Comunidad regular por mayoría cualificada, se ha incrementado de forma extraordinaria, y que las disposiciones mínimas no impiden el que un determinado campo sea legislado en detalle.

De todo ello saca la consecuencia de que, si el texto de Maastricht es ratificado por los Parlamentos de los Estados miembros, la Comunidad empezará por fin a tener una política social común, aunque sólo sea para once países.

El que esta política social de la Comunidad en materia de salud sea una u otra determinará, con toda seguridad, que la evolución del Seguro de Enfermedad vaya por un derrotero o por