

Seguros de salud en España

Alonso Uri
MAPFRE VIDA

El seguro de reembolso en nuestro país se introdujo hace pocos años y, por tanto, es aún muy joven, pero los crecimientos obtenidos han sido espectaculares y es de esperar que esta tendencia continúe en el futuro. Desde el punto de vista económico, el beneficio que se puede obtener de este negocio debe procurarse a través de los gastos de gestión.

El cuidado de la salud, en el término más amplio de la palabra, es un derecho fundamental de todo ser humano y los gobiernos deben procurar los medios a su alcance, ya sea a través de los sistemas públicos o de la medicina privada, para que todo ciudadano pueda ejercitar este derecho.

Es evidente que en estos últimos años el Sistema Nacional de Salud en España ha conseguido logros muy importantes, pero de todos ellos quizás el de más transcendencia haya sido la universalización de la medicina.

En la sanidad privada, el hecho de que exista un mayor nivel de competencia en cuanto a rentabilización y contención del gasto sin reducir la calidad en el servicio hace que no existan las listas de espera, no haya masificación y, por tanto, que el trato sea más personalizado e incluso, con algunos productos aseguradores, que se consiga una verdadera libertad de elección de médico y hospital. Esto, unido a una deficiente organización de la sanidad pública, provoca que la situación de ésta no sea nada alentadora y con pocos visos de mejorar, con un gran número de pacientes en lista de espera para cirugía y pruebas complementarias, hospitales masificados, servicios de urgencia a tope, etc. Pero es un hecho que la medicina es cara y esto es algo de lo que debemos mentalizarnos todos, tanto usuarios como prestatarios, porque se demanda una mejor calidad asistencial y la tecnología es cada vez más sofisticada, lo que implica un elevado gasto sanitario.

Por consiguiente, entendemos que si un ciudadano quiere solucionar a través de la medici-

na privada, ya sea como alternativa en el caso de los funcionarios de la Administración pública o como complemento en el resto, aquellas deficiencias que tiene la sanidad pública, tendrá que hacerlo a través de un seguro de salud, ya sea en la modalidad de reembolso de gastos o en la de asistencia sanitaria.

En España existen en la actualidad, encuadrados en el ramo de enfermedad, una extensa gama de productos, aunque se podrían dividir fundamentalmente en dos tipos, seguros indemnizatorios (baja laboral, hospitalización, intervención quirúrgica, etc.) y seguros médicos privados.

Dado el limitado espacio con el que contamos, en esta ocasión hablaremos únicamente de estos últimos, los seguros médicos privados.

Tradicionalmente, la modalidad con mayor implantación en el mercado ha sido la asistencia sanitaria, al contrario que en el resto de Europa y Estados Unidos, países en los que tiene más arraigo el seguro de reembolso de gastos.

El seguro de reembolso en nuestro país se introdujo hace pocos años y, por tanto, es aún muy joven, pero los crecimientos obtenidos han sido espectaculares y es de esperar que esta tendencia continúe en el futuro.

Es lógico pensar que las dos modalidades –asistencia sanitaria y reembolso de gastos– tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Las más importantes desde el punto de vista de su utilización por parte del asegurado es que en el seguro de reembolso hay una absoluta libertad en la elección del médico o del hospital, pero el asegurado debe

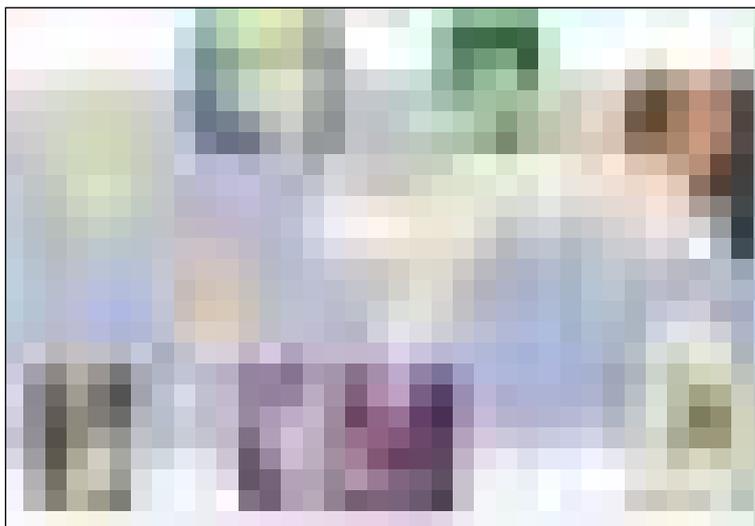
abonar el coste del servicio solicitando la correspondiente factura para entregarla con posterioridad a la compañía de seguros, que le reembolsará un porcentaje, que suele estar situado entre el 80% y el 90%. Esto no ocurre con los seguros de asistencia, ya que la cobertura se limita a una prestación de servicios y, por tanto, el asegurado no tendrá que abonar ningún importe, salvo una cantidad determinada en concepto de participación en el coste de los servicios y que suele instrumentarse a través de tickets o tarjetas informáticas. Pero, en esta modalidad, la libertad de elección se circunscribe a los médicos y centros hospitalarios que la compañía tenga concertados.

En los seguros mixtos, al ser de uso frecuente y en muchos casos inmediato, es fundamental que se comercialicen con transparencia y rigor, explicando al asegurado no sólo las coberturas, límites, plazos de carencia y exclusiones, sino también cómo se debe utilizar. De no hacerlo así, se producirían problemas, en algunos casos muy graves, que no son deseables ni para el propio asegurado ni para la compañía aseguradora.

Conviene destacar que los plazos de carencia que se aplican en estas pólizas son una defensa que tiene la compañía aseguradora para que no se produzca una antiselección en el sentido de que se puedan contratar pólizas para solucionar un problema determinado, generalmente una intervención quirúrgica, un parto o la realización de una prueba de alto coste. Por este motivo se aplican estos plazos de carencia, que suelen ser períodos de entre tres y doce meses, según el acto médico de

que se trate. No obstante, estos plazos de carencia se eliminan, excepto el de embarazo y parto, cuando el asegurado proviene de otra compañía en la que tenía un seguro de similares características o en caso de urgencia vital.

Los límites de coberturas son necesarios, sobre todo en la modalidad de reembolso de gastos médicos, ya que en España no existe un baremo máximo de precios por acto médico o por proceso y en este tipo de pólizas, cuyo principal atractivo es la libertad de elección, se debe establecer un límite general por persona y año y otros sublímites con el fin de poder establecer



una prima que sea asequible para la persona que tiene interés en su contratación, porque, de no hacerlo así, las primas que tendríamos que aplicar no serían competitivas.

De todas formas, los límites que se aplican son bastante amplios y se establecen sobre la propia experiencia, procurando que los costes de los procesos más habituales no superen estos límites.

La rentabilidad de las compañías que comercializan estos productos es escasa si nos atenemos al beneficio técnico –es decir, la diferencia entre primas recaudadas (ingresos) y prestaciones pagadas (gastos)–, debi-

do a que las primas están muy ajustadas por la gran competencia que existe en el sector.

Desde el punto de vista económico, el beneficio que se puede obtener de este negocio debe procurarse a través de los gastos de gestión. Por un lado, reduciendo todo lo posible los gastos de adquisición o comerciales y, por otro, y en este ramo es fundamental, optimizando la gestión administrativa al máximo, automatizando todo lo referente al sistema de prestaciones, pues hay que tener en cuenta que nos encontramos con productos con una elevada tasa de frecuencia. Esto nos permitirá dar un servicio riguroso y ágil a un coste razonable.

En cuanto a la conveniencia o no de convivir con la Seguridad Social, parece que en ningún momento perjudica a las aseguradoras privadas. Lo único que en principio podría ser un perjuicio es la doble cotización a la que, excepto el grupo de funcionarios, estamos todos obligados. No obstante, bien es sabido que cada vez todos somos más conscientes, aunque

tengamos que pagar dos veces, de las deficiencias existentes en la sanidad pública, y por este motivo se buscan otras alternativas, que en este caso es contratar un seguro médico privado. En cuanto a la pervivencia de las compañías aseguradoras actuales, estamos en un período de concentración y absorción de compañías, por lo tanto, el número se verá reducido. Las exigencias para poder «crear» una compañía de estas características no son alcanzables por muchas de ellas. El detonante final de este proceso de concentración será la obligatoriedad de triplicar el margen de solvencia, según se contempla en la Ley de

Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados del año 1995.

Ante esta situación, nos podemos preguntar, ¿cuál será el futuro de la sanidad privada? Con toda seguridad sabemos que va a depender de las iniciativas que tome el Gobierno sobre la potenciación de la sanidad privada en el sentido de colaboraciones, incentivos fiscales y otras alternativas coherentes.

Siguiendo esta línea, existen varias opciones, entre ellas, se podría pensar, por ejemplo, en dar la posibilidad al individuo de elegir entre la medicina pública y la medicina privada, como ya lo viene haciendo el colectivo de funcionarios de la Administración pública, o tal vez, el Estado debería garantizar un mínimo universal y permitir que ca-

da ciudadano, si quiere y bajo su responsabilidad, amplíe esas prestaciones básicas. Desde luego, de ningún modo podemos pensar en incentivos fiscales, ya que el 15% de desgravación que hasta 1998 se podía deducir por gastos sanitarios y que parecía insuficiente ha sido suprimido por el actual legislador.

Sobre los productos aseguradores de futuro próximo o incluso ya de presente, la mayor preocupación debe estar centrada en aquellos relacionados y que se puedan dirigir a la tercera edad. Hemos de tener en cuenta que la población española cada vez envejece más, de tal forma que si en el año 1980 la población era de 37 millones de habitantes, de los cuales 4,2 millones eran mayores de 65 años, en el año 2000 habrá 6,2

millones de habitantes de edad superior a 65 años de un total de 40,8 millones y en el año 2030 la población española se estima que decrecerá en torno a los 39 millones de habitantes, de los cuales los mayores de 65 años podrán alcanzar los 8 millones. Por otra parte, y éste es un factor que no debemos olvidar, cada día se demanda una mayor calidad de vida en todas sus facetas, asistencia sanitaria, prestaciones sociales, residencias de día, ocio, etc.

Por ello, como decía anteriormente, debemos avanzar mucho y rápidamente en diseñar productos aseguradores que permitan dar solución a todas estas demandas que, sin duda alguna, se van a producir con gran fuerza en un futuro inmediato. ■