

Cátedra Extraordinaria Salud Sostenible y Responsable

Estudio comparativo del seguro de salud
en España con países de su entorno

Septiembre 2025



Índice

1. Introducción: objetivo, metodología y países seleccionados
2. Contexto general
3. Sistemas Públicos de Salud
4. Clasificación del aseguramiento privado
5. Factores clave del aseguramiento privado
6. Análisis comparativo de las pólizas de los seguros de salud
7. Conclusiones
8. Bibliografía

1. Introducción: objetivo, metodología y países seleccionados



1.1. Objetivo del estudio

El objetivo principal de este estudio es analizar y comparar el modelo de aseguramiento privado de salud de España con los modelos existentes en Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza.

El enfoque radica en comprender el papel del aseguramiento privado en cada país, evaluando si actúa como sistema suplementario, complementario o sustitutivo del aseguramiento público. Asimismo, se pretende dar una visión sobre el coste que supone la contratación de una póliza de salud para los asegurados de cada país, las coberturas incluidas y las limitaciones existentes.

Este análisis permite identificar similitudes, diferencias y posibles aprendizajes que puedan ser relevantes para el caso español.

1.2. Metodología del análisis

El estudio se basa en un análisis documental y comparativo de los sistemas de salud de los países seleccionados. Para ello, se han utilizado fuentes como informes gubernamentales, estudios académicos, publicaciones de organismos internacionales (OCDE, OMS, Eurostat) y bases de datos sobre salud.

El análisis realizado cuenta con la siguiente estructura:

- Revisión de la estructura y funcionamiento de los sistemas públicos de salud en cada país.
- Clasificación del papel del aseguramiento privado (suplementario, complementario, sustitutivo).
- Identificación de los factores clave del aseguramiento privado en los países seleccionados.
- Análisis comparativo de las pólizas de salud existentes en España con las presentes en Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza.

Para el análisis comparativo de las pólizas de los seguros de salud, se ha partido del análisis de las pólizas de asistencia sanitaria existentes en

España, definiéndose tres perfiles de asegurado:

- Mujer de 30 años.
- Hombre de 45 años.
- Hombre de 70 años.

Para cada uno de los perfiles, se ha solicitado presupuesto en las páginas web de las tres primeras compañías aseguradoras de salud, concretamente, se ha solicitado cotización a Asisa, Sanitas y SegurCaixa Adeslas.

Para los tres perfiles de asegurado, se han indicado los parámetros de una persona sana sin patologías previas existentes, con un peso normal y sin factores de riesgo relevantes. Asimismo, se ha optado por seleccionar un seguro de asistencia sanitaria con la opción de “sin copago”, y lo más similar posible en cada una de las compañías aseguradoras analizadas.

Una vez obtenido el presupuesto y la documentación correspondiente de las diferentes aseguradoras a través de su página web, se ha procedido a analizar en detalle y comparar las coberturas incluidas, las prestaciones no cubiertas, las limitaciones y los periodos de carencia de las diferentes compañías aseguradoras con el fin de definir un modelo tipo para España que permita su comparación con los países de nuestro entorno seleccionados: Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza.

Una vez definido el modelo de aseguramiento sanitario privado de salud existente en España, se ha procedido a solicitar cotización a las tres primeras aseguradoras de cada país objeto de estudio.

En todos los países analizados, se ha intentado seleccionar una tipología de seguro similar al existente en España, con el fin de poder comparar las primas de seguros que fuesen lo más similares posibles. Asimismo, y al igual que en el caso español, se han seleccionado tres perfiles de asegurados diferentes sin patologías previas existentes, con un peso normal a la edad de cada perfil y sin factores de riesgo.

Las diferentes cotizaciones y toda la documentación asociada a las diferentes pólizas se han obtenido en el periodo noviembre-diciembre 2024. Respecto a los precios ofertados por las distintas aseguradoras, no se han tenido en cuenta las promociones puntuales ofertadas por las diferentes aseguradoras en el periodo analizado.

El objetivo del presente estudio no es analizar y realizar una comparación entre las aseguradoras de cada país, sino que se trata de comparar las principales características de las pólizas de los seguros de salud tipo existentes en los diferentes países seleccionados.

1.3. Selección de los países objeto de estudio:

Tal y como se ha indicado con anterioridad, para la realización de este estudio se han seleccionado los siguientes países para ser comparados con España: Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza. Las razones de su selección se justifican en que el modelo de aseguramiento privado existente en los países seleccionados es principalmente suplementario, por lo que son comparables con el modelo español. Asimismo, y aunque los países analizados presentan particularidades, todos cuentan con un sistema sanitario basado en el modelo Beveridge (salvo Suiza).

El caso de Suiza se ha incluido con el fin de proporcionar una visión de un país cuyo modelo sanitario estuviera basado en el modelo Bismarck pero que contase con un modelo de aseguramiento privado suplementario que dispusiese de pólizas que pudiesen ser comparables con las pólizas de salud existentes en España.

Relación de los países con los modelos de referencia:

Modelo Beveridge:

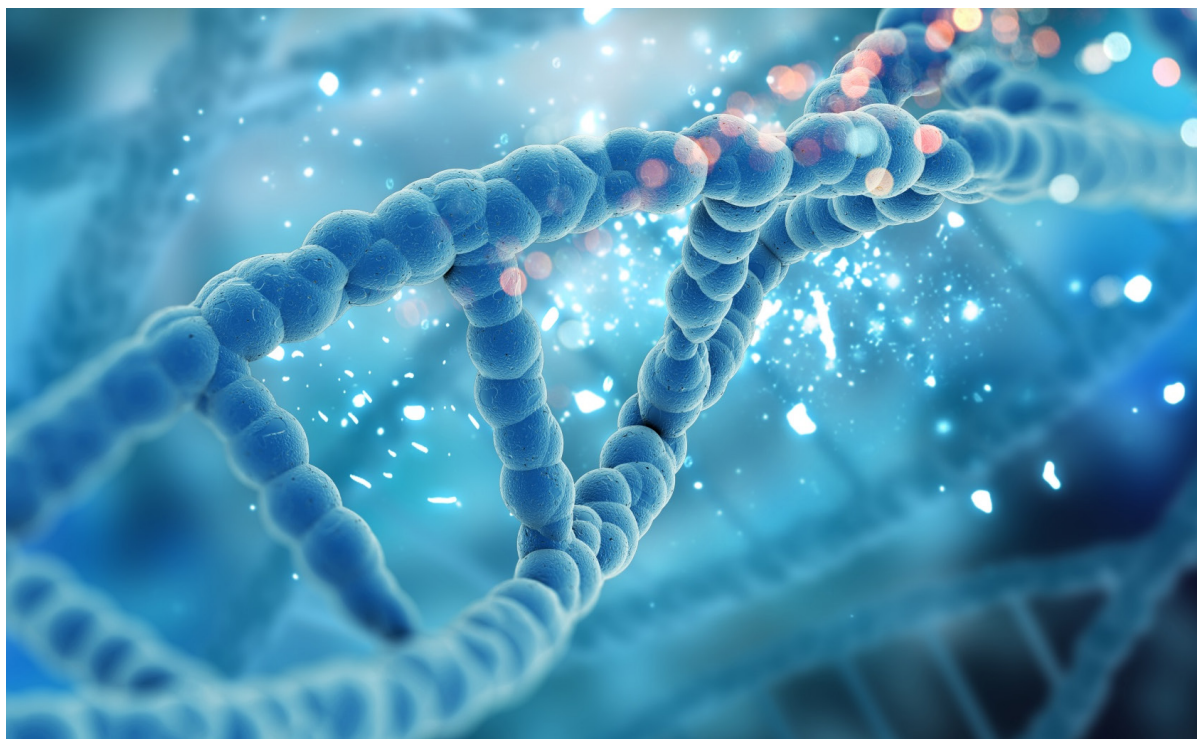
El modelo Beveridge se caracteriza por la financiación a través de impuestos generales, cobertura universal gratuita y una provisión de servicios predominantemente pública. Este modelo está representado por:

- **España:** adopta un modelo Beveridge con peculiaridades como las mutualidades administrativas, que permiten a los funcionarios optar por seguros privados.
- **Italia:** es un híbrido del modelo Beveridge, con una mayor dependencia de seguros privados para cubrir copagos y servicios suplementarios.
- **Portugal:** aunque sigue el modelo Beveridge, los subsistemas y seguros complementarios son más prevalentes, especialmente para empleados públicos.
- **Reino Unido:** es el arquetipo del modelo Beveridge, con un sistema nacional de salud (NHS) que prioriza la equidad, pero que enfrenta desafíos en tiempos de espera. El seguro privado es limitado y suplementario.
- **Suecia:** tiene un sistema de salud altamente descentralizado, gestionado por gobiernos locales, que asegura el acceso universal.

Modelo Bismarck:

El modelo Bismarck se basa en seguros obligatorios financiados por contribuciones laborales, con provisión mixta de servicios y una mayor participación del sector privado.

- **Suiza:** el sistema sanitario suizo es un ejemplo puro del modelo Bismarck. Todos los ciudadanos deben contratar un seguro básico privado (LAMal), que cubre servicios esenciales. Los seguros complementarios y suplementarios son comunes y reflejan una fuerte interacción público-privada.

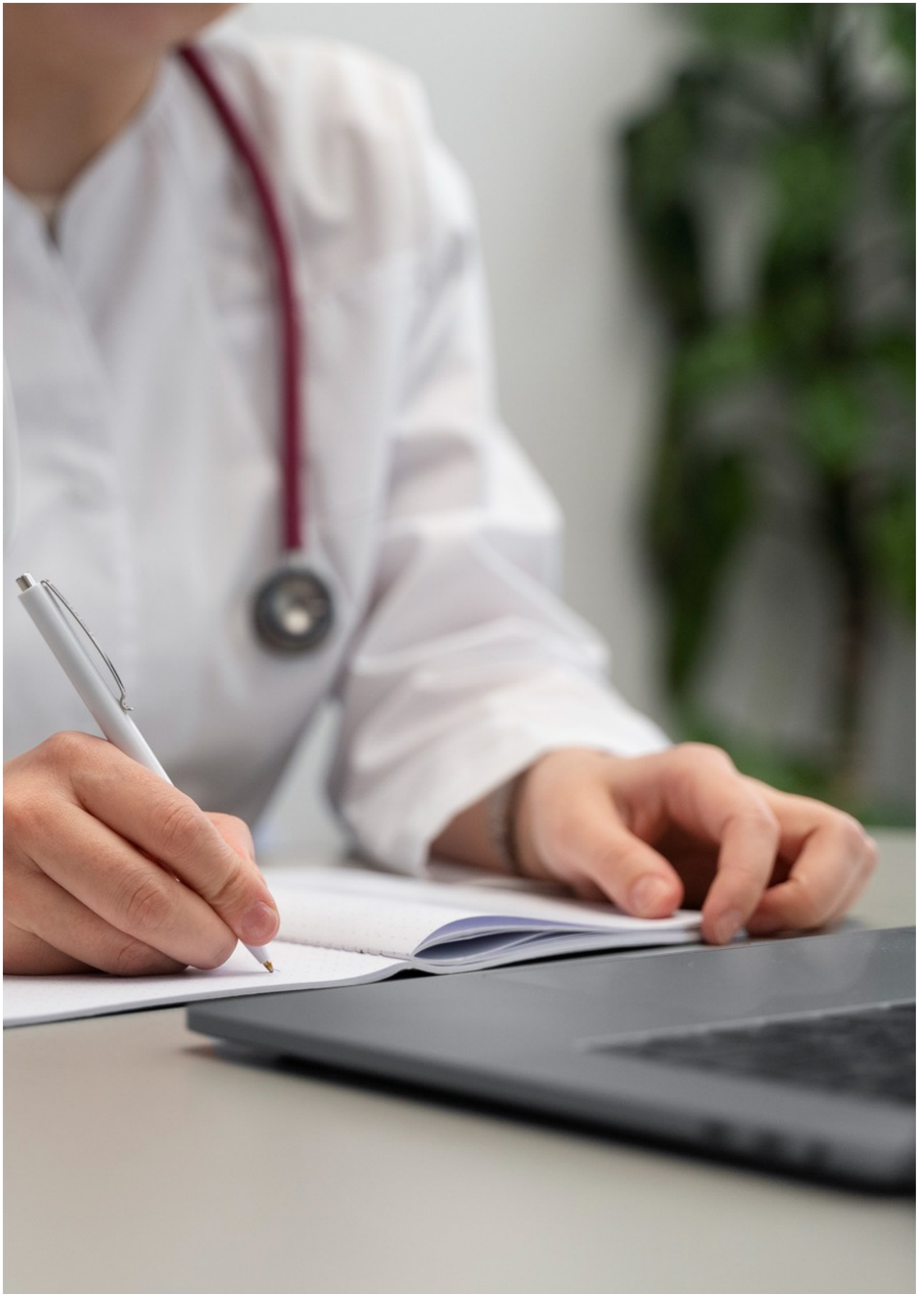


Los países seleccionados representan variaciones tanto puras como híbridas de los modelos Bismarck y Beveridge, proporcionando un espectro amplio para analizar la interacción entre el sector público y el privado:

1. **Comparabilidad regional:** la inclusión de países del norte (Suecia y Reino Unido) y sur de Europa (España, Italia y Portugal) permite explorar como factores culturales, económicos y demográficos influyen en la implementación de estos modelos.
2. **Niveles diferenciados de participación privada:** desde la alta penetración del seguro privado en Suiza (80% de la población) hasta la limitada participación en Suecia (10%), los países ofrecen perspectivas contrastantes sobre cómo el sector privado complementa al público.
3. **Relevancia para España:** la selección incluye países como Reino Unido y Portugal, cuyos sistemas de salud tienen características similares al español, y modelos diferentes como el de Suiza, que ofrecen aprendizajes útiles para posibles mejoras.
4. **Variaciones en la relación público-privada:** los países elegidos muestran distintos grados de colaboración público-privada, desde los conciertos en España e Italia hasta la baja interacción en Suecia, permitiendo identificar prácticas efectivas y áreas de mejora.
5. **Impacto de los modelos en el seguro privado:** la interacción de los modelos con el seguro privado varía en función de estos, mientras que en el modelo Beveridge el seguro privado es predominantemente suplementario, en el modelo Bismarck tiene roles complementarios y suplementarios más definidos.

El equipo de trabajo que ha participado en la elaboración de este estudio de la Cátedra de Salud Sostenible y Responsable ha estado formado por la profesora de la Universidad Complutense de Madrid Sonia Juárez Boal y por Daniel Pallarés Beas, coordinados por Madimer Consulting.

2. Contexto general



Todos los sistemas sanitarios a nivel mundial están influidos por dos sistemas de organización de los servicios de salud, concretamente por los modelos de referencia Bismarck y Beveridge, siendo estos dos modelos los paradigmas más estudiados en la organización de los sistemas de salud. No obstante, existen otros enfoques relevantes, como el modelo nacional de salud y el modelo de mercado.

A continuación, se procede a realizar una breve revisión de cada uno de ellos:

1. Modelo Bismarck:

Este modelo fue introducido en Alemania por Otto von Bismarck en 1883. Las características clave de este modelo son las siguientes:

- **Financiación:** basado en contribuciones obligatorias de empleados y empleadores, gestionadas por fondos de seguro de salud sin fines de lucro.
- **Cobertura:** universal, pero la afiliación está ligada al empleo.
- **Provisión de servicios:** puede ser pública o privada, con regulación estatal para garantizar el acceso.
- **Participación del sector privado:** muy significativa en la provisión y financiación (seguros obligatorios y complementarios).
- **Fortalezas:** garantiza acceso amplio y financiamiento sólido, y cuenta con alta participación privada que fomenta la competencia y la calidad.
- **Desafíos:** dependencia del empleo que puede generar desigualdades y altos costes administrativos.
- Ejemplos de países con este modelo son Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos y Suiza.

2. Modelo Beveridge:

Modelo desarrollado en el Reino Unido tras el informe Beveridge de 1942. Las características clave de este modelo son las siguientes:

- **Financiación:** a través de impuestos generales.
- **Cobertura:** universal y gratuita.
- **Provisión de servicios:** predominantemente pública, gestionada directamente por el Estado.
- **Participación del sector privado:** limitada, con roles suplementarios.
- **Fortalezas:** igualdad en el acceso a servicios de salud y costes administrativos bajos.
- **Desafíos:** listas de espera debido a recursos limitados y dependencia de los ingresos fiscales puede ser un riesgo en economías inestables.
- Ejemplos de países con este modelo son España, Italia, Nueva Zelanda, Portugal, Reino Unido y Suecia.

3. Modelo Nacional de Salud:

Se trata de una variante del modelo Beveridge.

- Similar al Modelo Beveridge, pero con más flexibilidad en la colaboración público-privada.
- Mayor participación de gobiernos locales en la gestión de servicios sanitarios.
- Ejemplos de países con estos modelos son Noruega, Dinamarca y Finlandia.

4. Modelo de Mercado:

Modelo que predomina en países con sistemas sanitarios descentralizados o privatizados. Las características clave de este modelo son las siguientes:

- **Financiación:** privada, basada en primas de seguros voluntarios.
- **Cobertura:** no universal; depende de la capacidad de pago.
- **Provisión de servicios:** mayoritariamente privada, con mínimos programas públicos para poblaciones vulnerables.
- **Fortalezas:** alta calidad en la atención para quienes pueden costearla e innovación y competencia.
- **Desafíos:** exclusión de sectores vulnerables y elevados costes para los usuarios.
- Estados Unidos es el ejemplo más claro de este modelo.

Tabla 1 - Resumen de los principales modelos de salud existentes

Concepto	Bismarck	Beveridge	Nacional de Salud	De Mercado
Financiación	Contribuciones laborales	Impuestos generales	Impuestos generales	Primas privadas
Cobertura	Universal, ligada al empleo	Universal	Universal	Limitada
Provisión	Mixta (pública y privada)	Predominantemente pública	Pública con colaboración privada	Privada
Participación privada	Alta	Baja	Moderada	Total
Ejemplos	Alemania, Países Bajos y Suiza	España, Reino Unido y Suecia	Dinamarca, Finlandia y Noruega	Estados Unidos

5. Modelos híbridos:

Algunos países cuentan con modelos híbridos en los que combinan características de varios modelos, tales como:

- **Canadá:** dispone de un sistema público universal (similar al Beveridge) para servicios esenciales, pero los servicios adicionales son financiados de forma privada.
- **Singapur:** integra ahorro obligatorio (modelo Bismarck) con financiamiento público para garantizar el acceso básico.

En Europa, la mayoría de los países cuentan con sistemas de salud universales financiados principalmente por impuestos o cotizaciones sociales. No obstante, **el sector privado juega roles diversos según el modelo de cada país:**

- En algunos casos, el seguro privado **suplementa** al sistema público, teniendo como propósito principal ampliar la oferta de servicios disponibles y mejorar la calidad o comodidad de los servicios recibidos.
- En otros casos, el seguro privado **complementa** la cobertura del sistema público al reducir o eliminar costes compartidos, como copagos, o al ofrecer acceso a servicios esenciales que no están completamente financiados por el sector público.
- Y en otros, el seguro privado actúa como **sustitutivo** en grupos específicos de población o como alternativa para acceder a servicios más rápidos y personalizados.

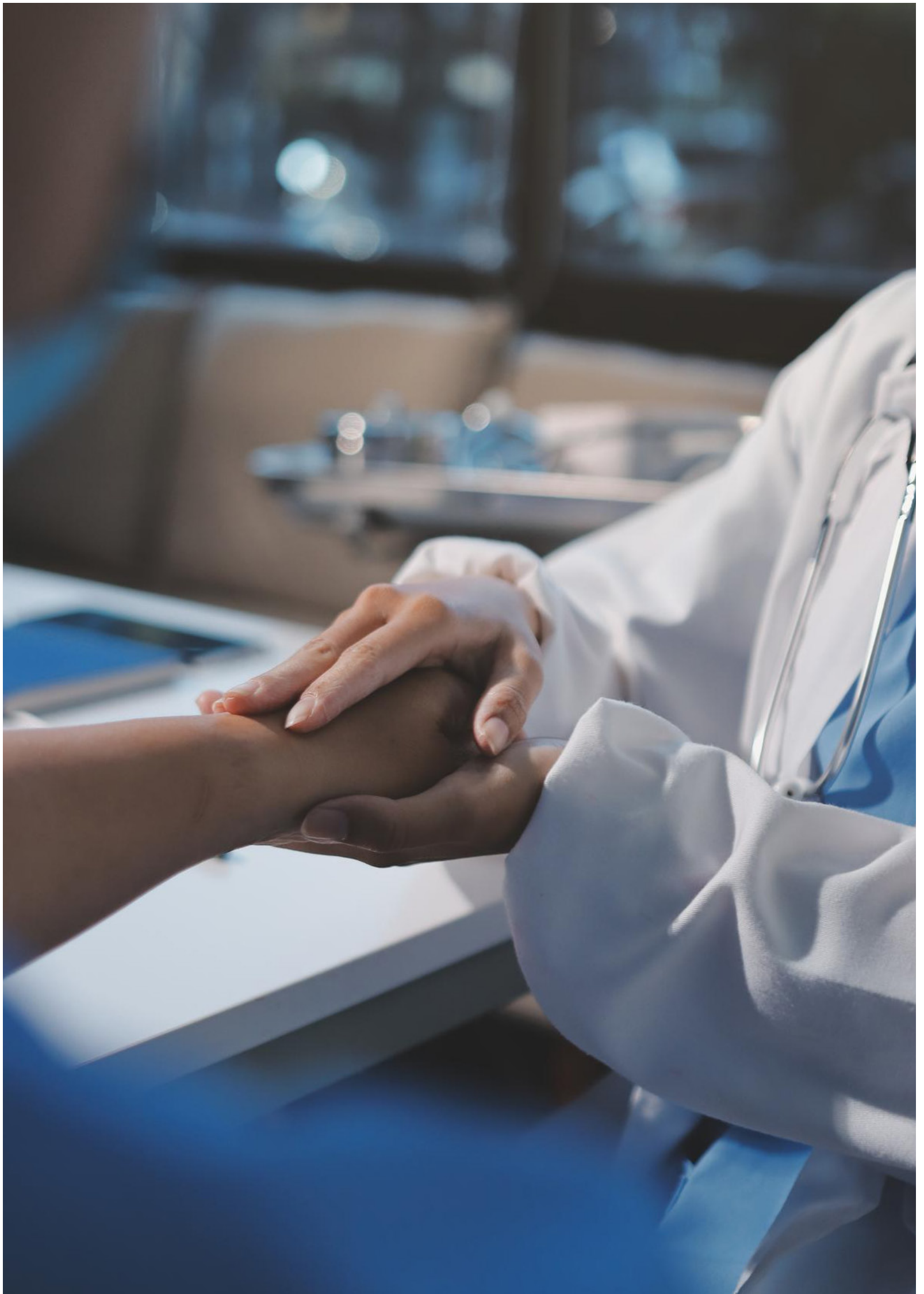
Este contexto subraya la importancia de comprender la interacción entre ambos sectores, especialmente en un momento en el que los sistemas públicos enfrentan desafíos como el envejecimiento de la población, la sostenibilidad financiera y el acceso equitativo a la atención.

Tabla 2 - Principales características de los sistemas de salud de los países seleccionados

País	Modelo de referencia	Rol del seguro privado	Relación público-privada
España	Beveridge	Suplementario y, en menor medida, complementario y sustitutivo	Alta: mutualidades y conciertos
Italia	Beveridge (híbrido)	Suplementario y, en menor medida, complementario	Colaboración frecuente en áreas específicas
Portugal	Beveridge	Suplementario y, en menor medida, complementario	Subsistemas y acuerdos para servicios privados
Reino Unido	Beveridge	Suplementario y, en menor medida, complementario	Moderada: outsourcing en áreas específicas
Suecia	Beveridge	Suplementario y, en menor medida, complementario	Mínima: gestión predominantemente pública
Suiza	Bismarck	Suplementario y, en menor medida, complementario	Alta interacción pública-privada



3. Sistemas Públicos de Salud



3.1. España: Sistema Nacional de Salud (SNS)

Modelo de financiación:

El SNS está financiado principalmente mediante impuestos generales, con un gasto sanitario público que representa el 71% del gasto total en salud. Las comunidades autónomas gestionan la mayor parte de los recursos financieros y operativos del sistema. Además, se incluyen copagos para medicamentos y otros servicios complementarios.

Cobertura:

El SNS proporciona cobertura universal a casi el 100% de la población, asegurando el acceso a:

- Atención primaria.
- Servicios hospitalarios.
- Servicios farmacéuticos esenciales.
- Cuidados de larga duración y programas de salud pública.

La cartera de servicios se organiza en paquetes básicos y servicios complementarios, con cierta flexibilidad para las comunidades autónomas para ampliar servicios según su capacidad financiera.

Accesibilidad:

El SNS garantiza el acceso gratuito para la mayoría de los servicios, aunque persisten desigualdades regionales en términos de tiempos de espera y recursos disponibles. Los tiempos de espera son un desafío importante, especialmente para procedimientos quirúrgicos y atención especializada.

Estructura general:

El sistema es altamente descentralizado, con competencias transferidas a las 17 comunidades autónomas. Estas son responsables de la gestión y provisión de servicios de salud, mientras que el gobierno central supervisa y coordina el sistema a nivel nacional. Los principios rectores son la universalidad, equidad y sostenibilidad.

Gasto sanitario:

El gasto sanitario total en España en 2023 es de 122.692 millones de euros, lo que representa el 9,2% del PIB, y se distribuye de la siguiente manera:

- Gasto sanitario público: 89.791 millones de euros, representando el 6,7% del PIB y un gasto per cápita de 1.857 euros aproximadamente.
- Gasto sanitario privado: se sitúa en 32.901 millones de euros, equivalente al 2,5% del PIB.

Retos actuales:

- Tiempos de espera elevados: principalmente en atención especializada y cirugía programada.
- Desigualdades regionales: los recursos y el acceso a la atención varían significativamente entre comunidades.
- Envejecimiento poblacional: aumenta la demanda de cuidados de larga duración y tratamientos crónicos.
- Sostenibilidad financiera: desafíos para equilibrar gastos con recursos públicos disponibles.

Iniciativas recientes:

- Inversiones en la digitalización del sistema y la interoperabilidad de los datos sanitarios.
- Estrategias para fortalecer la atención primaria como pilar fundamental del sistema.
- Reformas para reducir la dependencia de medicamentos de alto coste.

3.2. Italia: Servicio Sanitario Nazionale (SSN)

Modelo de financiación:

El SSN se financia principalmente a través de impuestos generales (regional y nacional), complementado por contribuciones específicas, como el impuesto regional sobre las actividades productivas (IRAP). Las regiones gestionan el presupuesto asignado por el gobierno central, lo que genera desigualdades significativas en el gasto per cápita entre el norte y el sur del país.

Cobertura:

El SSN garantiza el acceso universal a atención primaria, hospitalaria, medicamentos esenciales y rehabilitación. La cartera nacional de servicios (LEA) define los servicios esenciales cubiertos. Sin embargo, ciertos servicios están sujetos a copagos, como consultas especializadas y medicamentos no esenciales. La población tiene libertad para elegir entre proveedores públicos y privados acreditados.

Accesibilidad:

Aunque la cobertura es universal, persisten desigualdades regionales en términos de calidad y accesibilidad. En el sur del país, las limitaciones financieras y de infraestructura afectan a la provisión de servicios, y los ciudadanos a menudo buscan atención en otras regiones. En 2022, el 1,8% de los italianos reportaron necesidades médicas no satisfechas, una cifra inferior al promedio de la UE, pero con diferencias marcadas según el ingreso y la región.

Estructura general:

Italia opera bajo un sistema descentralizado desde 1992, donde las regiones tienen autonomía en la organización y provisión de servicios sanitarios. La colaboración entre el gobierno central y las regiones se formaliza en Pactos de Salud, que establecen objetivos nacionales adaptados a contextos locales. Sin embargo, las regiones menos desarrolladas enfrentan desafíos para cumplir con los estándares nacionales.

Gasto sanitario:

El gasto sanitario en Italia en 2023 se estima en 155.238 millones de euros, representando el 8,4% del PIB, y se distribuye de la siguiente manera:

- Gasto sanitario público: 113.443 millones de euros, representando el 6,1% del PIB y un gasto per cápita de 1.923 euros.
- Gasto sanitario privado: 41.795 millones de euros, lo que representa el 2,3% del PIB.

Retos actuales:

- Infraestructura y recursos humanos: existe un déficit crónico de enfermeras y médicos, especialmente en áreas rurales y regiones del sur.
- Desigualdad regional: las disparidades en gasto per cápita afectan la calidad de los servicios.
- Envejecimiento de la población: la creciente carga de enfermedades crónicas y multimorbilidad requiere una mayor inversión en atención primaria y servicios comunitarios.
- Digitalización: a pesar de las inversiones, la infraestructura digital sigue siendo insuficiente para garantizar la interoperabilidad y el acceso eficiente a los datos clínicos.

Iniciativas recientes:

El Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (NRRP) asignó 15.600 millones de euros al sector salud para 2021-2026, con el objetivo de modernizar las infraestructuras, digitalizar el SSN y fortalecer la atención primaria y comunitaria.

3.3. Portugal: Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Modelo de financiación:

El SNS se financia principalmente a través de impuestos generales, lo que lo convierte en un sistema universal. Sin embargo, los pagos directos (out-of-pocket) y los seguros privados voluntarios desempeñan un papel importante, representando aproximadamente el 35% del gasto sanitario total, una cifra superior al promedio de la UE.

Los ingresos fiscales se complementan con fuentes privadas, incluidos seguros de salud voluntarios y sub-sistemas de seguros para grupos específicos, como empleados públicos. Los copagos para ciertos servicios y medicamentos son comunes, pero con límites establecidos para garantizar la protección financiera.

Cobertura:

El SNS ofrece atención médica universal, incluyendo:

- Atención primaria, especializada y hospitalaria.
- Medicamentos esenciales con subsidios significativos.
- Programas específicos de salud pública, como vacunación.
- Cuidado a largo plazo a través de la Red Nacional para Cuidados Continuados.
- Los subsistemas privados y los seguros voluntarios suplementan la cobertura, ofreciendo acceso a servicios adicionales o reduciendo tiempos de espera.

Accesibilidad:

El acceso es universal, pero las desigualdades persisten debido a barreras financieras y geográficas. En 2022, casi el 3% de los portugueses reportaron necesidades médicas no satisfechas, principalmente debido a costes o tiempos de espera, especialmente en áreas rurales.

Estructura general:

El SNS está organizado de manera centralizada, pero la gestión operativa es descentralizada a nivel de las cinco Administraciones Regionales de Salud (ARS). Los servicios de atención primaria son el pilar del sistema y operan a través de centros de salud y Unidades de Salud Familiar (USF), que combinan médicos, enfermeros y otros profesionales de salud.

Gasto sanitario:

El gasto sanitario en Portugal en 2023 se estima en 26.878 millones de euros, representando el 10% del PIB, y se distribuye de la siguiente manera:

- Gasto sanitario público: alcanza aproximadamente 16.532 millones de euros, lo que representa el 6,2% del PIB y un gasto per cápita de 1.563 euros.
- Gasto sanitario privado: 10.346 millones de euros, lo que representa el 3,8% del PIB.

Retos actuales:

- Sostenibilidad financiera: altos niveles de gasto privado dificultan el acceso equitativo.
- Envejecimiento de la población: incrementa la demanda de cuidados a largo plazo.
- Desigualdades regionales: la distribución de recursos favorece las áreas urbanas.
- Falta de personal sanitario: déficit crónico de enfermeros y médicos.

Iniciativas recientes:

- Digitalización: expansión de la telemedicina y el acceso electrónico a registros médicos.
- Reformas en atención primaria: incremento de centros para mejorar la accesibilidad y calidad de atención.
- Inversiones en cuidados a largo plazo: expansión de la red nacional para responder al envejecimiento poblacional.

3.4. Reino Unido: National Health Service (NHS)

Modelo de financiación:

El NHS es financiado predominantemente a través de impuestos generales progresivos, con contribuciones menores provenientes de seguros privados y pagos directos. Este modelo permite una redistribución significativa de riqueza, transfiriendo recursos de los más ricos a los más pobres, y de los sanos a los enfermos. Además, incluye presupuestos anuales fijos asignados a organismos locales, basados en fórmulas que tienen en cuenta las necesidades locales.

Cobertura:

El NHS proporciona acceso gratuito en el punto de uso, basado en la necesidad clínica y no en la capacidad de pago. Los servicios incluyen atención primaria, hospitalaria, salud mental, medicamentos esenciales y rehabilitación. Sin embargo, existen excepciones, como los copagos por servicios dentales, ópticos y recetas médicas en Inglaterra (que son gratuitos en Escocia, Gales e Irlanda del Norte).

Accesibilidad:

Aunque el acceso es universal, el sistema enfrenta desafíos significativos en términos de listas de espera, especialmente para atención especializada y cirugías programadas. En 2022, más de 6 millones de personas en Inglaterra estaban en listas de espera. Este problema se ve agravado por la falta de infraestructura médica, como camas hospitalarias y equipos de diagnóstico.

Estructura general:

Desde la descentralización de 1999, cada nación constituyente (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) gestiona su propio sistema de salud, aunque bajo los mismos principios fundamentales. En Inglaterra, se introdujeron los Sistemas Integrados de Atención (ICS) en 2022 para reemplazar a los Grupos de Comisión Clínica (CCG), con el objetivo de promover la integración entre la salud y los servicios sociales. En Escocia, se implementaron Juntas de Integración Conjunta (IJBs) para coordinar servicios entre el NHS y las autoridades locales.

Gasto sanitario:

El gasto sanitario en el Reino Unido en 2023 asciende a 240.338 millones de euros, suponiendo el 11% del PIB, y se distribuye de la siguiente manera:

- Gasto sanitario público: alcanza aproximadamente 195.206 millones de euros, representando el 8,9% del PIB y un gasto per cápita de 2.860 euros.
- Gasto sanitario privado: 45.132 millones de euros, lo que representa el 2,1% del PIB.

Retos actuales:

El NHS enfrenta una crisis de sostenibilidad agravada por la pandemia de COVID-19. La falta de integración con servicios sociales, la infraestructura envejecida, el déficit de personal y las desigualdades regionales son desafíos importantes. Adicionalmente, los datos muestran un "post code lottery" (variaciones en acceso y calidad de servicios dependiendo del lugar de residencia) que afecta la equidad del sistema.

3.5. Suecia: Hälso- och sjukvårdssystemet

Modelo de financiación:

El sistema de salud sueco está financiado principalmente a través de impuestos. Los ingresos provienen de impuestos sobre la renta recaudados por los 21 consejos regionales y las 290 municipalidades, complementados por subsidios del gobierno central y copagos de los usuarios.

Cobertura:

El sistema garantiza acceso universal a la atención médica para todos los residentes legales. No existe un paquete de beneficios predefinido, pero la Ley de Servicios de Salud y Médicos (Hälso- och sjukvårdslagen) establece que la atención debe basarse en las necesidades del paciente. La cobertura incluye atención primaria, hospitalaria, salud mental, medicamentos esenciales y cuidados paliativos. Algunos servicios, como la atención dental para mayores de 24 años, requieren copagos significativos.

Accesibilidad:

Suecia tiene uno de los niveles más bajos de necesidades médicas insatisfechas en Europa, pero enfrenta desafíos con los tiempos de espera para algunas cirugías y atención especializada. Las zonas rurales presentan mayores problemas de acceso debido a la distribución desigual de médicos generales y especialistas. Los copagos están limitados por límites anuales para garantizar que sean asequibles.

Estructura general:

El sistema está descentralizado, con responsabilidades repartidas entre tres niveles:

- **Gobierno nacional:** establece políticas generales y regula el sistema.
- **Regiones:** proveen atención primaria y especializada, además de gestionar la mayoría de los hospitales.
- **Municipios:** responsables del cuidado a largo plazo para ancianos y personas con discapacidades.

Los pacientes pueden elegir libremente entre proveedores públicos y privados acreditados. La introducción de la libertad de elección en la atención primaria desde 2010 ha fomentado un aumento de proveedores privados.

Gasto sanitario:

El gasto sanitario en Suecia en 2023 asciende a 42.519 millones de euros y un 11,3% del PIB, distribuyéndose de la siguiente manera:

- Gasto sanitario público: 36.601 millones de euros, representando el 9,7% del PIB y un gasto per cápita de 3.474 euros.
- Gasto sanitario privado: 5.918 millones de euros, lo que representa el 1,6% del PIB.

Además, el sistema sanitario sueco muestra buenas cifras en comparación con otros sistemas de atención de salud, con un alto número de médicos y enfermeras en relación con la población, y una gran parte de los costes de atención de la salud pagados por el estado.

En resumen, Suecia mantiene un compromiso significativo con la financiación pública de su sistema de salud, lo que se refleja en un gasto per cápita elevado y una proporción considerable del PIB destinada a sanidad.

Retos actuales:

- Desigualdades regionales: diferencias en calidad y acceso según la región.
- Falta de personal: escasez de médicos generales y enfermeras especialistas, especialmente en áreas rurales.
- Digitalización: aunque ha mejorado, la implementación de soluciones digitales como la telemedicina aún enfrenta desafíos de equidad y costes.

Iniciativas recientes:

El gobierno ha invertido en fortalecer la atención primaria y digitalizar el sistema. Además, el Plan Nacional de Recuperación ha destinado 452 millones de euros para mejorar los servicios de cuidado a largo plazo.

3.6. Suiza:

En Suiza no existe un sistema público de salud centralizado con un nombre específico como en otros países. En su lugar, el sistema sanitario se basa en el Seguro Médico Obligatorio (MHI, por sus siglas en inglés), establecido bajo la Ley Federal de Seguro de Salud (LAMal/KVG) desde 1996.

Modelo de financiación:

El sistema de salud suizo se financia mediante un modelo mixto que combina:

- **Seguro médico obligatorio (MHI):** introducido en 1996, es obligatorio para todos los residentes. Las primas son comunitarias, es decir, no varían según el estado de salud, pero sí según la región y el asegurador.
- **Pagos directos de los usuarios (out-of-pocket):** representan el 26% del gasto total en salud, un porcentaje elevado en comparación con otros países europeos.
- **Subsidios públicos:** los cantones proporcionan ayudas a las personas con bajos ingresos para cubrir el costo del MHI.
- **Aportaciones del gobierno:** financian aproximadamente el 20% del gasto sanitario total

Cobertura:

El MHI cubre una amplia gama de servicios, que incluyen:

- Atención primaria y especializada.
- Hospitalización y rehabilitación.
- Medicamentos prescritos incluidos en una lista aprobada.
- Servicios proporcionados por otros profesionales sanitarios si son recetados por un médico.
- Los servicios dentales no están incluidos en el seguro obligatorio y suelen ser financiados de forma privada, lo que limita el acceso para ciertos grupos de población.

Accesibilidad:

Suiza destaca por el amplio acceso a servicios médicos sin listas de espera significativas, gracias a la alta disponibilidad de médicos y hospitales.

Los pacientes tienen libertad para elegir médicos y hospitales dentro de su red aseguradora, aunque los planes con restricciones (HMO) están ganando popularidad.

A pesar de estas ventajas, los altos costes generan barreras para los grupos de ingresos bajos y medios.

Estructura general:

El sistema suizo está descentralizado y combina aspectos de competencia gestionada y corporativismo:

- **Gobierno federal:** regula el sistema de MHI, los estándares de calidad y las políticas de salud pública.
- **Cantones:** responsables de garantizar la provisión de servicios de salud y financian el 50% de los costes hospitalarios. También gestionan la salud pública y la prevención.
- **Municipalidades:** encargadas de los servicios sociales y de cuidado a largo plazo.

Gasto sanitario:

En 2023, el gasto sanitario público en Suiza ascendió aproximadamente a 45.849 millones de euros, representando el 11,7% del PIB:

- Gasto sanitario público: 30.953 millones de euros, representando el 7,9% del PIB y un gasto per cápita de 3.482 euros.
- Gasto sanitario privado: alcanzó un gasto privado de 14.198 millones de euros, lo que representa el 3,6% del PIB.

Además, el sistema sanitario sueco muestra buenas cifras en comparación con otros sistemas de atención de salud, con un alto número de médicos y enfermeras en relación con la población, y una gran parte de los costes de atención de la salud pagados por el estado.

En resumen, Suecia mantiene un compromiso significativo con la financiación pública de su sistema de salud, lo que se refleja en un gasto per cápita elevado y una proporción considerable del PIB destinada a sanidad.

Retos actuales:

- Costes elevados: el sistema suizo es uno de los más caros del mundo, con un aumento constante de las primas del seguro.
- Fragmentación: las responsabilidades entre niveles de gobierno dificultan la coordinación.
- Equidad: los gastos elevados afectan la equidad en el acceso.

Iniciativas recientes:

- Reformas en la financiación hospitalaria para mejorar la eficiencia.
- Promoción de seguros con restricciones de elección (HMO) para reducir costes.
- Mayor énfasis en la digitalización y la interoperabilidad de los datos médicos.

A continuación, se muestra el resumen de los principales indicadores de gasto sanitario observados en los países objeto de estudio.

Tabla 3 - Resumen de los principales indicadores de gasto sanitario, 2023

País	España	Italia	Portugal (P)	Reino Unido	Suecia	Suiza
Gasto sanitario (% PIB):	9,2%	8,4%	10,0%	11,0%	11,3%	11,7%
Público	6,7%	6,1%	6,2%	8,9%	9,7%	7,9%
Privado	2,5%	2,3%	3,8%	2,1%	1,6%	3,6%
Desconocido						0,2%
Gasto sanitario (M€):	122.692	155.238	26.878	240.338	42.519	45.849
Público	89.791	113.443	16.532	195.206	36.601	30.953
Privado	32.901	41.795	10.346	45.132	5.918	14.198
Desconocido						698
Gasto sanitario per cápita (€)	2.537	2.632	2.541	3.521	4.035	5.158
Público	1.857	1.923	1.563	2.860	3.474	3.482
Privado	680	709	978	661	561	1.597
Desconocido						79

Fuente: OECD/European Commission, Health Data.

P: previsto.

4. Clasificación del aseguramiento privado



4.1. Definición de los modelos

El aseguramiento privado puede clasificarse en tres categorías principales según su función en el sistema sanitario:

1. Aseguramiento Suplementario:

Este tipo de aseguramiento privado se utiliza para acceder de forma más rápida a los servicios sanitarios evitando listas de espera, elegir ser atendido en hospitales privados y mejorar la calidad o comodidad de los servicios recibidos. Su adopción no afecta el acceso al sistema público, ya que opera de forma paralela.

2. Aseguramiento Complementario:

Este modelo complementa la cobertura del sistema público al ofrecer acceso a servicios que no están cubiertos por el sistema público, como la atención dental o tratamientos adicionales, y/o al reducir o eliminar costes compartidos, como copagos.

La función principal de este modelo es aliviar la carga financiera del usuario. Es común en países donde el sistema público requiere copagos para medicamentos, consultas especializadas o procedimientos hospitalarios, y se encuentra estrechamente vinculado a las limitaciones del sistema público en términos de financiación.

3. Aseguramiento Sustitutivo:

Actúa como un sustituto parcial o total del sistema público de salud para ciertos grupos de población. Es una opción especialmente relevante en países donde la participación en el sistema público no es obligatoria o no está completamente financiada.

Este modelo ofrece a los usuarios una alternativa completa al sistema público. Está dirigido a grupos específicos, como trabajadores autónomos, expatriados o personas de altos ingresos. Los usuarios pueden optar por no utilizar los servicios públicos si están cubiertos por un seguro sustitutivo.

4.2. Modelos de aseguramiento privado de salud en los países objeto de estudio

El papel que juega el seguro privado de salud es diferente en cada uno de los países seleccionados en el presente análisis. A continuación, se indican los modelos de aseguramiento privado existentes en cada uno de ellos:

España

El seguro privado tiene un papel predominantemente **suplementario**, utilizado por aquellos que buscan evitar listas de espera y acceder a servicios privados con mayores comodidades que los servicios públicos. También tiene un rol **complementario**, aunque en menor medida, cubriendo prestaciones no cubiertas por la sanidad pública como la atención dental para adultos o tratamientos de medicina complementaria. Asimismo, tiene un papel **sustitutivo** para los empleados públicos pertenecientes a alguna de las tres mutualidades (Muface, Mugeju o Isfas) que eligen ser atendidos a través de una aseguradora de salud.

Italia

El seguro privado desempeña un papel fundamentalmente **suplementario**, ofreciendo un acceso más rápido a la atención y la posibilidad de elegir especialista. También cuenta con un **rol complementario** al cubrir servicios excluidos de las coberturas públicas como la atención dental, la atención domiciliaria, la rehabilitación o la medicina complementaria y alternativa, así como el reembolso de los medicamentos ambulatorios.



Portugal

El seguro privado cumple **funciones principalmente suplementarias**, permitiendo a los asegurados elegir proveedor, acceder más rápido a la atención y acudir directamente a los especialistas. También tiene un rol **complementario**, aunque en menor medida, cubriendo las prestaciones no cubiertas por la sanidad pública como la atención dental para adultos y el reembolso de los medicamentos ambulatorios.

Reino Unido

El seguro privado de salud tiene un rol **suplementario**. Se utiliza principalmente para evitar las listas de espera en el NHS y acceder a servicios más rápidos o personalizados en hospitales privados. No reemplaza el acceso al sistema público y cubre servicios adicionales, como hospitalización en habitaciones privadas o cirugías electivas en menor tiempo. También tiene un rol **complementario**, aunque en menor medida, cubriendo prestaciones no cubiertas por la sanidad pública como la atención dental para adultos o tratamientos de medicina complementaria.

Suecia

El seguro privado tiene un rol predominantemente suplementario, utilizado para reducir tiempos de espera en procedimientos electivos y consultas especializadas dentro del sector privado. Su papel como seguro complementario es menor debido a los bajos copagos y límites anuales establecidos por el sistema público, aunque también se utiliza para cubrir los medicamentos prescritos. No juega un rol sustitutivo, ya que la cobertura pública es universal y sólida.

Suiza

El seguro privado en Suiza tiene un papel fundamentalmente suplementario, permitiendo elegir médicos y hospitales, y mayor comodidad en las instalaciones. Asimismo, cuenta con un rol complementario cubriendo servicios no cubiertos por el seguro básico como la atención dental, ciertos tipos de medicina complementaria y alternativa, el reembolso de gafas y lentes de contacto y medicación no esencial. No actúa como seguro sustitutivo, ya que el seguro básico es obligatorio para todos los residentes.

Tabla 4 Modelo de aseguramiento en los países seleccionados

País	Suplementario	Complementario	Sustitutivo
España			
Italia			
Portugal			
Reino Unido			
Suecia			
Suiza			

5. Factores clave del aseguramiento privado



5.1. Regulación y supervisión del sector privado

Los seguros de salud están comúnmente regulados en los países objeto de estudio con el objetivo de garantizar su solvencia y garantizar la protección de las personas aseguradas.

En España, el aseguramiento privado está supervisado por la **Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**. El sector privado está regulado para complementar el SNS, con énfasis en la transparencia y solvencia.

En Italia, la supervisión recae en el **Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)**. El mercado se regula para fomentar seguros complementarios que cubran copagos y servicios no ofrecidos por el SSN. Hay incentivos fiscales que promueven el uso de seguros complementarios y suplementarios.

En Portugal la regulación corre a cargo de la **Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões**.

En Reino Unido, por su parte, la supervisión del aseguramiento privado recae en la **Financial Conduct Authority (FCA)** y la **Prudential Regulation Authority (PRA)**. Estas entidades garantizan la transparencia y protegen al consumidor.

En Suecia, el seguro privado está regulado a nivel nacional y su supervisión asegura que su papel se mantenga principalmente como suplementario, sin interferir con el sistema público.

En Suiza, por último, la **Autoridad de Supervisión Financiera (FINMA)** regula los seguros privados. Las aseguradoras deben separar estrictamente sus actividades complementarias y suplementarias del seguro médico obligatorio (LAMal), que es universal y no lucrativo.

5.2. Equidad y acceso en los sistemas con aseguramiento privado

En España, aunque el SNS asegura la cobertura universal, los seguros privados son utilizados para acceder de forma más rápida a la atención, lo que puede generar diferencias significativas en la experiencia de atención entre los usuarios de la sanidad pública y privada.

En Italia, los copagos impulsan el uso de seguros complementarios, lo que puede excluir a los sectores de menores ingresos del acceso pleno a la atención sanitaria privada.

Los copagos y la limitada cobertura en áreas rurales de Portugal han generado una mayor demanda de seguros suplementarios y complementarios, lo que profundiza las desigualdades entre regiones.

En Reino Unido, al igual que en España, el NHS asegura la cobertura universal, sin embargo, el seguro privado puede generar desigualdades al ofrecer acceso preferencial a quienes pueden permitírselo, especialmente para evitar listas de espera.

En Suecia, el acceso al sistema público es universal, pero los seguros privados ofrecen ventajas en tiempos de espera, lo que puede crear desigualdades en términos de rapidez de atención.

Los altos costes de las primas limitan el acceso para grupos de menores ingresos en Suiza, lo que genera inequidades a pesar de la cobertura universal.

5.3. Incentivos fiscales para la contratación de seguros de salud

Existe cierta controversia en los beneficios de aplicar incentivos fiscales en la contratación seguros de salud, ya que puede generar ineficiencias e inequidades. A pesar de ello, los países objeto de estudio cuentan en mayor o menor medida con incentivos fiscales, los cuales pueden recaer en el individuo, como es el caso de Italia, Portugal, Suecia o Suiza, en los empleadores, caso de España e Italia, o en los empleados, caso que se da únicamente en España. Reino Unido no cuenta con incentivos fiscales para la contratación de los seguros de salud.

Tabla 5 - Incentivos fiscales de los seguros de salud en los países seleccionados

País	Individuos	Empleadores	Empleados
España		●	●
Italia	●	●	
Portugal	●		
Reino Unido			
Suecia	●		
Suiza	●	n.d.	n.d.

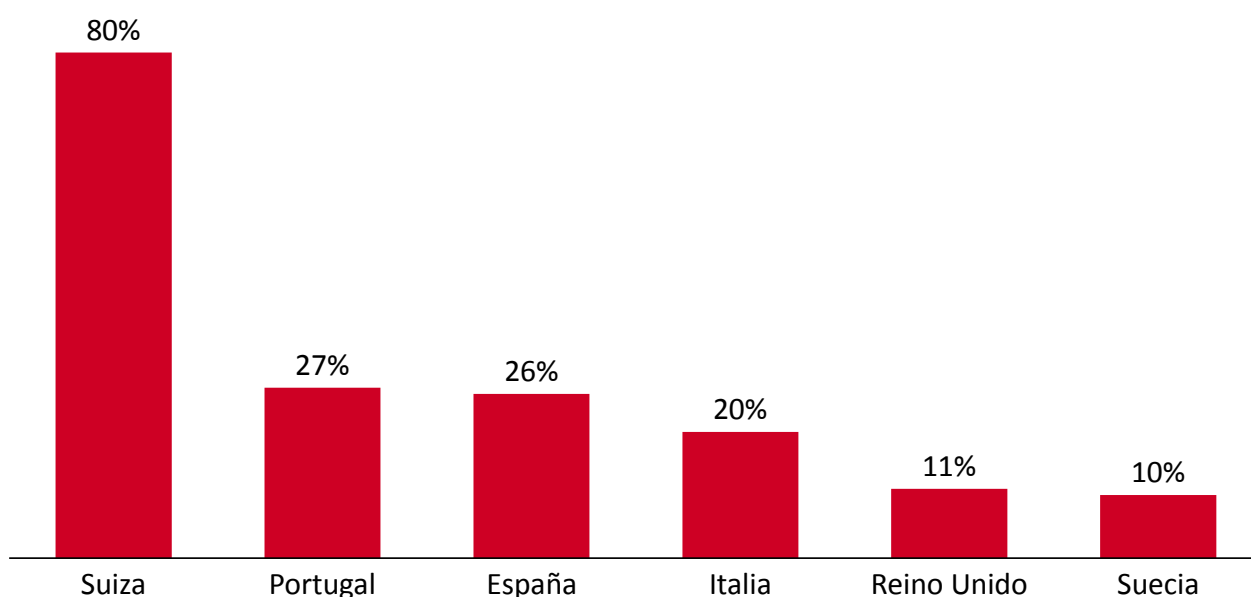
Fuente: Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. European Observatory on Health Systems and Policies and World Health Organization.



5.4. Penetración de los seguros de salud

La penetración de los seguros de salud en 2023 varía significativamente en los países objeto de estudio. En este caso, Suiza es el país que cuenta con una mayor penetración del seguro de salud con un 80%. Portugal y España se sitúan en niveles muy similares con un 27% y 26% respectivamente. Por detrás, se sitúan Italia con un 20%, Reino Unido con un 11% y Suecia con un 10%.

Gráfico - 1 Estimación de la penetración de los seguros de salud en los países seleccionados, 2023



5.5. Seguros colectivos

La contratación de los seguros de salud por parte de colectivos como son las grandes empresas supone un impulso determinante para el mercado de los seguros de salud.

En España, la contratación de seguros colectivos es muy común y está muy extendida. Las empresas, especialmente las compañías multinacionales, ofrecen seguros colectivos como parte de los beneficios laborales para atraer y retener talento. Las pólizas colectivas suelen cubrir a empleados y, en algunos casos, a sus beneficiarios.

En este caso, más del 51% de las pólizas de seguros privados en España son adquiridas a través de seguros colectivos proporcionados por empleadores, tanto del sector público como del privado. Aproximadamente un 14% de estas pólizas están gestionadas por la administración pública, mientras que el 37% provienen del sector privado.

En Italia, la contratación de los seguros de salud es relativamente común en grandes empresas, las cuales suelen ofrecer seguros colectivos, especialmente en sectores como banca y manufactura. Al contrario que España, el sector público no utiliza seguros colectivos; ya que los empleados públicos están completamente integrados en el SSN.

En Portugal también es relativamente común, especialmente en áreas urbanas y en sectores como el tecnológico y el de servicios, ofreciendo las empresas, seguros colectivos como beneficio laboral.

En Reino Unido, el seguro privado no está muy extendido como seguro colectivo ofrecido por empleadores, debido a la fuerte cobertura universal del NHS. Empresas multinacionales y de sectores específicos (como finanzas) pueden ofrecer seguros privados como beneficio adicional, aunque no es una práctica extendida.

En Suecia, por su parte, es poco frecuente. Los seguros colectivos no son habituales debido a la fuerte cobertura universal y los bajos costes directos del sistema público. Algunas empresas privadas pueden ofrecer seguros suplementarios como beneficio, pero se dirigen principalmente a servicios que no son prioridad en el sistema público, como fisioterapia o consultas rápidas.

En Suiza es poco común debido a la obligatoriedad de contratar un seguro básico de salud, lo que reduce la necesidad de seguros colectivos. No obstante, algunas empresas ofrecen seguros suplementarios colectivos, que incluyen beneficios adicionales como habitaciones privadas en hospitales o acceso a especialistas sin listas de espera.

5.6. Empleados públicos

España se diferencia significativamente del resto de los países objeto de estudio al ofrecer un sistema consolidado de mutualidades administrativas. El mutualismo administrativo es un mecanismo de cobertura del Régimen Especial de la Seguridad Social, formado por tres grandes mutualidades: Muface, Mugeju e Isfas.

Las mutualidades concertan la provisión de la asistencia sanitaria con entidades de seguro privadas y con el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), abonando a las entidades concertadas una cuota capitativa mediante una prima mensual por persona protegida.

Bajo el modelo de mutualismo administrativo, los funcionarios pueden elegir de forma libre si quieren ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud o por una entidad aseguradora con el mismo nivel de prestaciones. Este modelo, aunque efectivo en garantizar acceso rápido y personalizado, enfrenta desafíos financieros que podrían requerir reformas estructurales. En el resto de los países, el seguro privado para empleados públicos tiene un papel marginal o inexistente.

Tabla 6 - Uso del seguro privado por parte de los empleados públicos

País	Uso del seguro privado por empleados públicos	Comentarios
España	Mutualidades administrativas (Muface, Mugeju e Isfas)	Permite optar por seguros privados financiados por el Estado
Italia	Integrado en el sistema público	No existen programas específicos
Portugal	Predominio del sistema público	Uso puntual pero no estandarizado
Reino Unido	Limitado	Uso personal para evitar listas de espera, pero sin programas específicos
Suecia	Cobertura universal	No existen beneficios específicos en seguros privados para empleados públicos
Suiza	Obligatorio para todos	Los empleados públicos no cuentan con un sistema específico diferente del resto

5.7. Digitalización e innovación

El sector de los seguros de salud está experimentando una transformación profunda impulsada por la digitalización y la innovación tecnológica. Estas tendencias no solo están redefiniendo la manera en que las aseguradoras operan, sino también la forma en que los usuarios acceden a los servicios de salud y los perciben.

En España, las aseguradoras privadas han adoptado rápidamente la telemedicina y la gestión digital de citas y tratamientos, lo que mejora significativamente la experiencia del usuario.

En Italia, las aseguradoras privadas están comenzando a integrar plataformas digitales para consultas remotas y diagnósticos virtuales, aunque el progreso es más lento que en otros países.

En Portugal existe una creciente integración de servicios digitales en el sector privado, con un enfoque en reducir tiempos de espera y mejorar el acceso a la atención.

En Reino Unido, por su parte, se da una amplia adopción de herramientas digitales, como telemedicina y registros electrónicos, especialmente por aseguradoras privadas para mejorar la experiencia del paciente.

En Suecia, líder en la digitalización del sector salud, las aseguradoras privadas ofrecen servicios digitales avanzados, como consultas virtuales y seguimiento remoto.

En Suiza, las plataformas digitales para gestión de datos y acceso remoto son prioritarias en las aseguradoras privadas, facilitando la interoperabilidad de los datos.



6. Análisis comparativo del aseguramiento privado



Para llevar a cabo el análisis comparativo se ha procedido a comparar las pólizas de seguros de asistencia sanitaria existentes en España con las pólizas de seguros de salud existentes en los países seleccionados: Reino Unido, Portugal, Suecia, Italia y Suiza.

Tal y como se ha descrito en el apartado de Metodología, se han definido tres perfiles de asegurados a analizar:

- Mujer de 30 años.
- Hombre de 45 años.
- Hombre de 70 años.

Para los tres perfiles de asegurado, se han indicado los parámetros de una persona sana sin patologías previas existentes, con un peso normal y sin factores de riesgo relevantes.

Para el caso español, se han analizado las pólizas de un seguro de asistencia sanitaria sin copago de las tres primeras aseguradoras de salud. En este caso, se ha intentado comparar este seguro con las pólizas de seguros de salud de similares características en los países seleccionados. No obstante, y como se detalla en el análisis de cada país, algunos conceptos son diferentes.

El análisis realizado comprende 5 grandes áreas:

- Precio medio o prima media.
- Coberturas incluidas.
- Coberturas excluidas y limitaciones.
- Periodos de carencia.
- Copagos.

A continuación, se detallan las principales características de los seguros de salud de los países seleccionados con el seguro de asistencia sanitaria español.

6.1. España

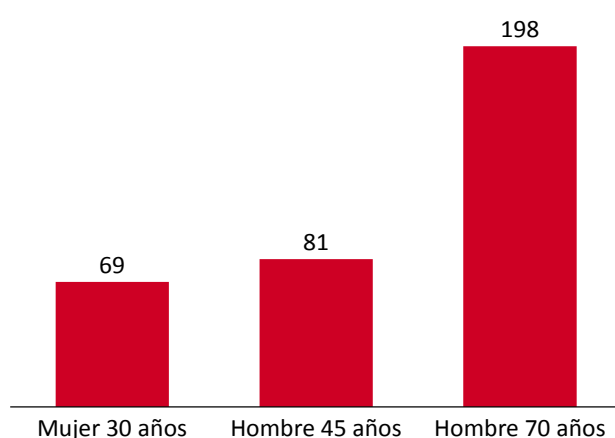
A continuación, se indican las principales características de las pólizas de salud seleccionadas en España en base a las 5 variables objeto de análisis: prima media, coberturas, coberturas no incluidas y limitaciones, periodos de carencia y copagos.

Prima media:

La prima media mensual en España de un seguro de asistencia sanitaria se sitúa en 69 euros para una mujer de 30 años, en 81 euros para un hombre de 45 años y en 198 euros para un hombre de 70 años.

El precio medio para una mujer de 30 años y hombre de 45 años se mantienen en un nivel similar, sin embargo, se incrementa de forma significativa para un hombre de 70 años hasta alcanzar los 198 euros.

Gráfico 2 - Precio medio de los seguros de asistencia sanitaria en España



Coberturas:

Por norma general, las pólizas de los seguros de asistencia sanitaria en España cuentan con las siguientes coberturas:

- Atención primaria: medicina general, pediatría y enfermería.
- Especialidades médicas y quirúrgicas.
- Urgencias.
- Pruebas diagnósticas.
- Hospitalización.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Partos y cesáreas.
- Tratamientos como quimioterapia, tratamiento del dolor y logopedia, entre otros.
- Otros servicios: transporte sanitario, preparación al parto y podología, entre otros.

Coberturas excluidas y limitaciones:

Las pólizas analizadas presentan una serie de coberturas excluidas o limitaciones que, por norma general, suelen ser las siguientes:

- Accidentes laborales, de tráfico o derivados de deportes de riesgo: excluidos.
- Asistencia de urgencias en el extranjero: limitada a un importe anual.
- Chequeos médicos preventivos: excluidos.
- Cobertura dental: limitada a procedimientos básicos, no incluye ni implantología ni ortodoncia.
- Cirugía robótica y tratamientos innovadores: excluidos.
- Cirugía plástica: solo incluye la cirugía reconstructiva en casos de cáncer.
- Cuidados de larga duración o sociales: excluidos.
- Drogadicción, alcoholismo o autolesiones: excluidos.
- Medicina alternativa: excluye cualquier terapia no tradicional o alternativa como homeopatía y acupuntura.

- Patologías previas: salvo si se declaran en el momento de la contratación.
- Podología: limitada a un número de sesiones anuales.
- Psicología: limitada a un número de sesiones anuales.
- Psiquiatría: en la mayoría de los casos, cubre únicamente consultas, no incluyendo la hospitalización salvo en algunos casos que sí incluye la hospitalización en casos agudos.
- Rehabilitación y fisioterapia: suele cubrir rehabilitación funcional limitada, excluyendo tratamientos de mantenimiento.
- Trasplantes: excluidos, salvo de médula ósea y córnea.
- Tratamientos de fertilidad: excluidos en su totalidad.
- Traslados en ambulancia: no incluye traslados para tratamientos de fisioterapia, pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas.

Periodos de carencia:

Los periodos de carencia en las pólizas de salud consisten en establecer un tiempo mínimo entre la fecha de inicio del contrato y la posibilidad de acceder a ciertas coberturas específicas. Este hecho protege tanto a la aseguradora como al sistema en general y garantiza la sostenibilidad del seguro.

En España, los seguros de asistencia sanitaria analizados cuentan con diferentes periodos de carencia en función de la prestación ofrecida por las compañías aseguradoras.

Las prestaciones que suelen estar sujetas a periodos de carencia son las intervenciones quirúrgicas, los medios diagnósticos, los partos y cesáreas, la psicología, los tratamientos especiales y la vasectomía y ligadura de trompas.

En este caso, los periodos de carencia varían en función de las prestaciones y suelen oscilar entre los 3 y los 10 meses.

Tabla 7 - Periodos de carencia más habituales en el seguro de asistencia sanitaria en España

Prestación	Periodo de carencia
Intervenciones quirúrgicas del grupo 0-II	3-6 meses
Intervenciones quirúrgicas del grupo III-VIII	8-10 meses
Medios diagnósticos de alta tecnología/complejas	3-6 meses
Medios diagnósticos intervencionistas	6 meses
Parto y cesárea	8 meses
Psicología	6 meses
Vasectomía y ligadura de trompas	3-10 meses
Tratamientos especiales	3-10 meses

Copagos:

Tal y como se ha indicado en la metodología, las pólizas seleccionadas en España para el análisis comparativo con otros países corresponden a un seguro de asistencia sanitaria sin copago. Por lo tanto, los precios medios indicados para este tipo de póliza son precios finales no sujetos a pagos adicionales por el uso del seguro.

Tradicionalmente, las pólizas de salud existentes en nuestro país estaban libres de copagos. No obstante, en los últimos años han proliferado ciertas pólizas que cuentan con copagos vinculados a la actividad de determinadas prestaciones. En estos casos, los precios medios de las pólizas son inferiores a los indicados en las pólizas analizadas en el presente análisis, aunque cuentan con copagos vinculados al uso del seguro.

6.2. Reino Unido

A continuación, se indican las principales características de las pólizas de salud seleccionadas en Reino Unido en base a las 5 variables objeto de análisis: prima media, coberturas, coberturas no incluidas y limitaciones, periodos de carencia y copagos.

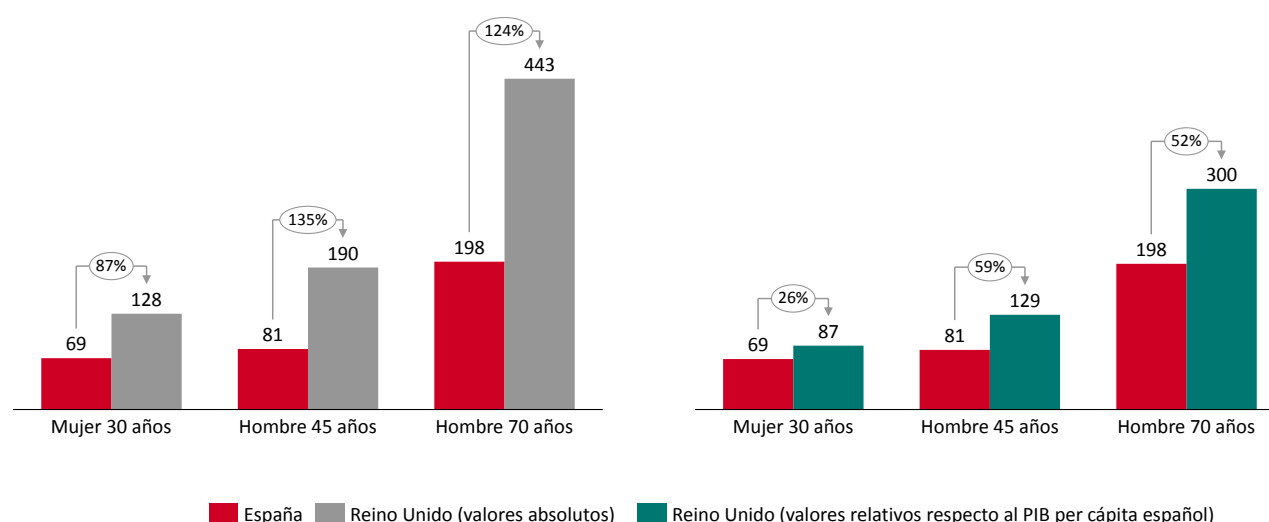
Prima media:

En Reino Unido, los precios medios de las pólizas de los seguros de salud se sitúan en 128 euros para una mujer de 30 años, 190 euros para un hombre de 45 años y 443 euros para un hombre de 70 años.

En comparación con España, el precio medio de una póliza de seguro es significativamente más elevado en Reino Unido, concretamente un 87% en el caso de una mujer de 30 años, de un 135% para un hombre de 45 años y de un 124% para un hombre de 70 años.

Aunque ajustando estas primas al PIB per cápita español, se produce un descenso relevante de las mismas, los precios medios continúan siendo significativamente superiores a los españoles, concretamente un 26% en el caso de una mujer de 30 años, un 59% para un hombre de 45 años y de un 52% para el caso de un hombre de 70 años.

Gráfico 3 - Precio medio de la prima de los seguros de salud seleccionados en Reino Unido vs. España



*: tipo de cambio utilizado: 1 libra esterlina= 1,1811 euros.

Coberturas:

Por norma general, las coberturas incluidas en los seguros de salud analizados en Reino Unido son muy similares a las existentes en España. A continuación, se indican las principales coberturas incluidas en los seguros de Reino Unido:

- Atención primaria: medicina general, pediatría y enfermería.
- Especialidades médicas y quirúrgicas.
- Urgencias.
- Pruebas diagnósticas.
- Hospitalización.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Tratamientos como quimioterapia, tratamiento del dolor y logopedia, entre otros.
- Otros servicios: transporte sanitario, preparación al parto y podología, entre otros.

Coberturas excluidas y limitaciones:

Las coberturas excluidas y las limitaciones existentes en los seguros de Reino Unido son muy similares a las existentes en España, salvo en el caso del embarazo y parto que no se incluye de forma general en las diferentes pólizas analizadas. Por norma general, las principales coberturas excluidas son las siguientes:

- Condiciones preexistentes.
- Condiciones a largo plazo o crónicas: los tratamientos continuos para condiciones crónicas no están cubiertos, excepto para brotes agudos que requieran tratamiento inmediato.
- Embarazo y parto, aunque se cubren los tratamientos de complicaciones específicas del embarazo o parto como el embarazo ectópico, aborto espontáneo o la hemorragia postparto.
- Control de natalidad y tratamientos de infertilidad.
- Abuso de alcohol, abuso de drogas o lesiones autoinfligidas.
- Cirugías bariátricas o relacionadas con la pérdida de peso.
- Tratamientos para condiciones relacionadas con el envejecimiento natural, como la menopausia o la pubertad.
- Tratamientos cosméticos: no se cubren cirugías estéticas, como liposucción o aumento/reducción mamaria, excepto si son necesarias tras un accidente o cirugía contra el cáncer.
- Tratamientos dentales: no se incluyen tratamientos de ortodoncia, implantes dentales o revisiones generales, salvo excepciones específicas dentro de planes dentales adicionales.
- Tratamientos relacionados con deportes, si el miembro recibe pago o patrocinio.
- Terapias alternativas y complementarias: no se incluyen productos o tratamientos alternativos como homeopatía o acupuntura.
- Cobertura internacional: los tratamientos fuera del Reino Unido no están cubiertos, salvo si no están disponibles en el Reino Unido y se aprueban previamente.

Periodos de carencia:

En los documentos analizados relativos a las pólizas de los seguros de salud en Reino Unido, únicamente se han detectado periodos de carencia en dos supuestos:

- Para condiciones preexistentes identificadas en los cinco años previos al inicio de la cobertura. La cobertura para dichas condiciones se activa únicamente si el asegurado permanece dos años consecutivos sin síntomas, tratamiento, medicación o consultas médicas relacionadas desde la fecha de inicio de la póliza.
- Complicaciones relacionadas con el embarazo y parto: estas coberturas puedan estar sujetas a un periodo de carencia desde el inicio de la póliza antes de que puedan activarse. Este periodo de carencia varía en función de la compañía aseguradora analizada, pudiendo variar entre los 10 y los 24 meses.

Para el resto de las prestaciones no se ha detectado la existencia de periodos de carencia en la documentación analizada.

Copagos:

Al igual que existe en España, en Reino Unido existen copagos en algunos seguros de asistencia sanitaria, no obstante, las pólizas seleccionadas no cuentan con copagos en ningún tipo de servicio ofrecido por las compañías aseguradoras.

Si se hubiesen seleccionados copagos o franquicias, los precios medios de las pólizas serían inferiores a los indicados en las pólizas analizadas en el presente estudio.

Las pólizas de los seguros de salud existentes en España y Reino Unido son fácilmente comparables, ya que el seguro de salud en ambos países desempeña un rol muy similar.

En este sentido, las pólizas analizadas en ambos países son muy similares en cuanto a coberturas (salvo el embarazo y parto que no se incluye de forma general y hay que contratarlo de forma específica), exclusiones y copagos. No sucede lo mismo en el ámbito de los periodos de carencia, ya que en España se cuenta con periodos de carencia en prestaciones que Reino Unido no tiene.

Respecto a la prima media, en Reino Unido es significativamente más elevada que en España para los tres perfiles de asegurados analizados.

6.3. Portugal

Con el fin de poder llevar a cabo una comparación entre los seguros de salud de España y Portugal, se ha optado por seleccionar pólizas de salud con coberturas similares a las existentes en España, con las menores limitaciones posibles y con los copagos más bajos.

A continuación, se indican las principales características de las pólizas de salud seleccionadas en Portugal en base a las 5 variables objeto de análisis: prima media, coberturas, coberturas no incluidas y limitaciones, periodos de carencia y copagos.

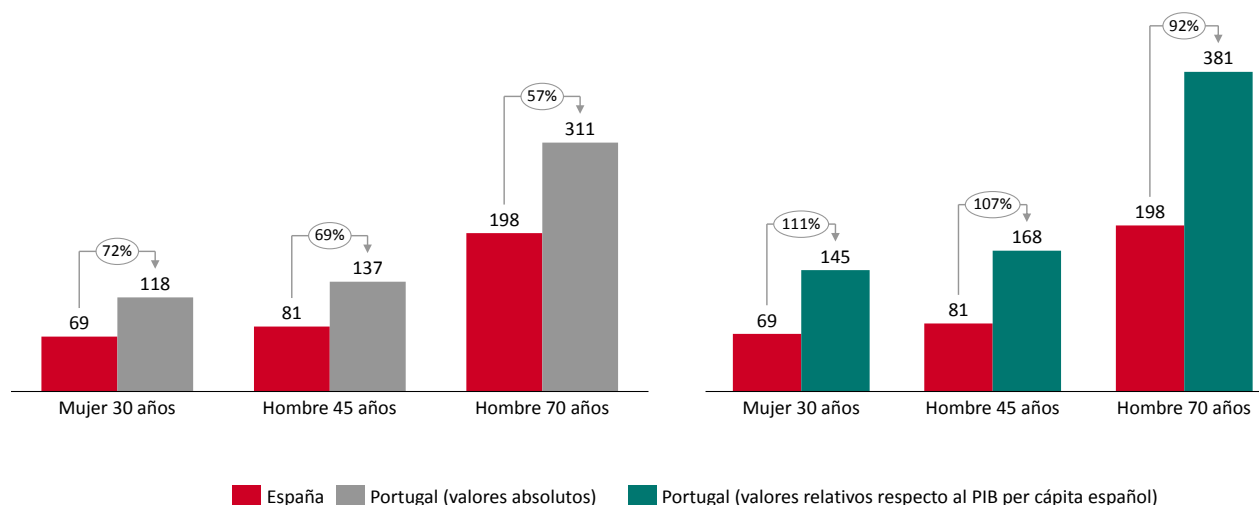
Prima media:

En Portugal, los precios de los seguros de salud se sitúan entre los 118 euros y los 311 euros. Concretamente, el precio de una póliza de un seguro de salud para una mujer de 30 años es de 118 euros mensuales, de 137 euros para un hombre de 45 años y de 311 euros para un hombre de 70 años.

En comparación con España, el precio de una póliza de seguro es más elevado en Portugal, concretamente un 72% en el caso de una mujer de 30 años, un 69% para un hombre de 45 años y de un 57% para un hombre de 70 años.

En el caso de Portugal, si los precios medios de las pólizas de los seguros de salud para los tres perfiles de asegurados definidos se ajustan y adaptan al PIB per cápita español, se produce un aumento relevante de los mismos, por lo que las diferencias con España se incrementan de forma significativa hasta alcanzar el 111% en el caso de una mujer de 30 años, un 107% para un hombre de 45 años y de un 92% para el caso de un hombre de 70 años.

Gráfico 4 - Precio medio de la prima de los seguros de salud seleccionados en Portugal vs. España



Coberturas:

Por norma general, los seguros de asistencia sanitaria en Portugal cuentan con las siguientes coberturas:

- Consultas de atención primaria.
- Consultas de especialidades.
- Hospitalización.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Urgencias.
- Pruebas diagnósticas.
- Partos y cesáreas.
- Fisioterapia y rehabilitación.
- Psicología y psicoterapia.
- Reembolso de medicamentos: en este caso, la póliza cubre el reembolso de medicamentos que sean oficialmente calificados por el Servicio Nacional de Salud (SNS), reembolsando el importe no financiado por el SNS respecto al precio de venta al público del medicamento. Suele establecer un importe máximo de reembolso.

Coberturas excluidas y limitaciones:

En Portugal, las coberturas excluidas en las pólizas analizados son muy similares a las existentes en España. A continuación, se indican algunas de las más representativas:

- Enfermedades y accidentes excluidos:
 - Enfermedades preexistentes o causadas por accidentes anteriores a la contratación del seguro.
 - Enfermedades infectocontagiosas en caso de epidemias declaradas.
 - Patologías relacionadas con el VIH.
 - Tratamientos relacionados con enfermedades congénitas (salvo excepciones específicas).
- Causas relacionadas con comportamientos o circunstancias específicas:
 - Intoxicaciones por alcohol, drogas no prescritas, o abuso de medicamentos.
 - Lesiones causadas por actos dolosos o negligencia grave.
 - Consecuencias de actos ilegales.

- Procedimientos específicos no cubiertos:
 - Cirugías y tratamientos cosméticos (excepto en casos de enfermedades malignas o accidentes cubiertos).
 - Tratamientos de infertilidad e inseminación artificial.
 - Cirugías de corrección estética no relacionadas con enfermedades o accidentes.
- Otras exclusiones relevantes:
 - Tratamientos experimentales o no reconocidos científicamente.
 - Medicamentos no aprobados por las autoridades competentes.
 - Procedimientos relacionados con deportes extremos o riesgosos.
 - Desgastes relacionados con el envejecimiento natural, como prótesis no quirúrgicas, algunos servicios dentales, entre otros.

Donde sí existe una diferencia significativa con España es a la hora de analizar las limitaciones de las pólizas, ya que en Portugal algunas de las principales prestaciones están sujetas a un límite por el que el asegurado está cubierto. Estas limitaciones varían en función de la compañía aseguradora, el tipo de póliza contratada y la prestación. No obstante, las principales prestaciones sujetas a limitaciones suelen ser las siguientes:

- Hospitalización.
- Asistencia ambulatoria.
- Dolencias graves.
- Psicología y psicoterapia.
- Cobertura internacional.

En este caso, los importes varían significativamente en función de las compañías o pólizas analizadas. No obstante, en las pólizas seleccionadas para el presente análisis, los límites son los suficientemente elevados, en la mayor parte de los casos, para asegurar la prestación de los asegurados.

Periodos de carencia:

En Portugal, las pólizas de salud suelen contar con periodos de carencia relacionados con la hospitalización o los tratamientos en régimen ambulatorio.

Los principales periodos de carencia hacen referencia a las siguientes prestaciones:

- Asistencia en régimen ambulatorio: 60 días.
- Hospitalización: 90 días.
- Salud mental: 90 días.
- Dolencias graves: 180 días.
- Parto: 365 días.

Asimismo, suelen existir periodos de carencia para procesos específicos, entre los que se encuentran los siguientes:

- Tratamiento quirúrgico o invasivo de hipertrofia benigna de próstata: 6 meses.
- Tratamiento quirúrgico de patologías benignas del útero: 6 meses.
- Tratamiento quirúrgico de cistocelo y rectocelo: 6 meses.
- Tratamiento quirúrgico de varices en las extremidades inferiores: 12 meses.
- Tratamiento quirúrgico de hernia discal: 12 meses.
- Hemorroidectomías y otros tratamientos quirúrgicos de enfermedad hemorroidal: 12 meses.
- Tratamientos de patología articular por vía artroscópica: 12 meses.
- Septoplastias: 12 meses.
- Rinoplastia: 12 meses.
- Tratamiento quirúrgico de apneas del sueño: 12 meses.
- Exámenes quirúrgicos de lesiones benignas de la piel: 12 meses.
- Tratamientos con láser para lesiones benignas de la piel: 12 meses.

Copagos:

Las pólizas de los seguros en Portugal cuentan con copagos en función del tipo de prestación. A pesar de que se ha intentado elegir la opción de sin copago, no ha sido posible. En este caso, siempre se ha optado por elegir la póliza con menores copagos, menores limitaciones y mayores coberturas, con el fin de que la comparación con España fuese lo más similar posible.

Los copagos existentes en Portugal varían en función de la compañía aseguradora, la póliza seleccionada y la prestación. A modo ilustrativo, algunos de los copagos existentes hacen referencia a las siguientes prestaciones en donde se ha indicado un posible copago orientativo:

- Hospitalización: 10% con un límite de 500 euros.
- Consultas de especialidades: ~20 euros.
- Urgencias: ~50 euros.
- Cirugías ambulatorias: 20%.
- Pruebas diagnósticas: resonancia magnética 70 euros; TAC 30 euros.
- Análisis clínicos: 2 euros.
- Parto y cesárea: parto 250 euros; cesárea 600 euros.
- Salud mental: consultas ~20 euros.

Los seguros médicos en Portugal presentan similitudes en cuanto a coberturas o periodos de carencia con el seguro español. Sin embargo, la principal diferencia entre las pólizas de salud analizadas de los dos países reside en la existencia de copagos significativos en las pólizas analizadas de Portugal, así como los límites de cobertura establecidos para algunas prestaciones. Por último, y a pesar de la existencia de estos copagos, la prima media es significativamente más elevada en Portugal para los tres perfiles de asegurados definidos y analizados.

6.4. Italia

Los seguros de salud en Italia son fácilmente adaptables a las necesidades de los asegurados, pudiendo elegir, en determinadas aseguradoras, una póliza básica a la que se le pueden ir añadiendo diferentes módulos para lograr una cobertura más completa. Con el fin de poder llevar a cabo la comparación con las pólizas analizadas en España, se ha optado por configurar, en la medida de lo posible, un tipo de póliza que contase con características y coberturas similares a las seleccionadas en el caso de España.

A continuación, se indican las principales características de las pólizas de salud seleccionadas en Italia en base a las 5 variables objeto de análisis: prima media, coberturas, coberturas no incluidas y limitaciones, periodos de carencia y copagos.

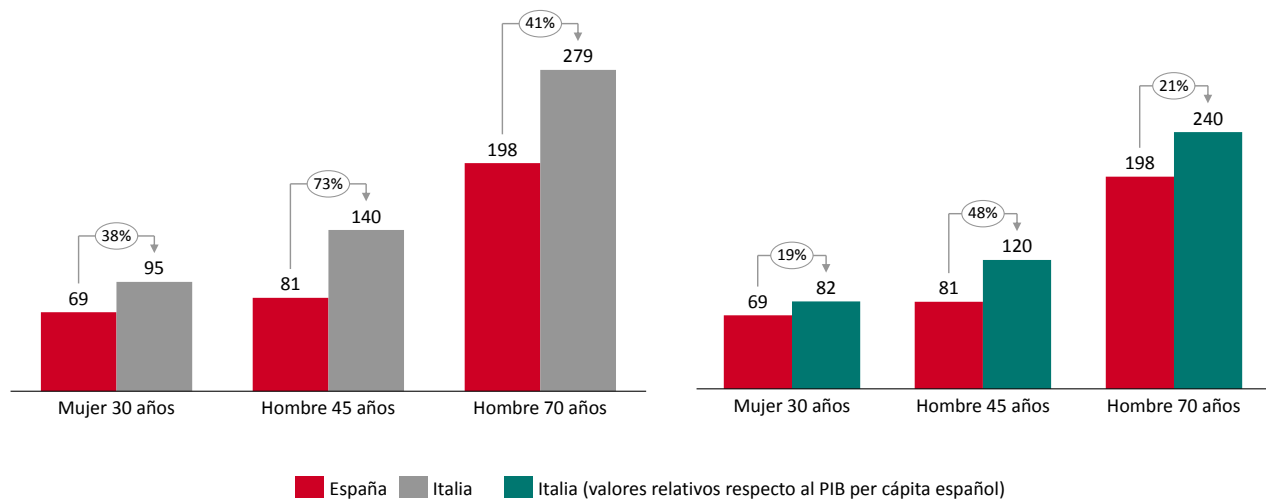
Prima media:

En Italia, los precios de los seguros se sitúan entre los 95 euros y los 279 euros. Concretamente, el precio de una póliza de un seguro de salud para una mujer de 30 años es de 95 euros mensuales, de 140 euros para un hombre de 45 años y de 279 euros para un hombre de 70 años.

En comparación con España, el precio de una póliza de seguro es más elevado en Italia, concretamente un 38% en el caso de una mujer de 30 años, un 73% para un hombre de 45 años y de un 41% para un hombre de 70 años.

En el caso de Italia, si los precios medios de las pólizas de los seguros de salud para los tres perfiles de asegurados definidos se ajustan y adaptan al PIB per cápita español, se produce un ligero descenso de los mismos. No obstante, y a pesar de este ajuste, las primas siendo significativamente superiores a las españolas, concretamente un 19% en el caso de una mujer de 30 años, un 18% para un hombre de 45 años y de un 21% para el caso de un hombre de 70 años.

Gráfico 5 - Precio medio de los seguros de asistencia sanitaria en Italia vs. España



Coberturas:

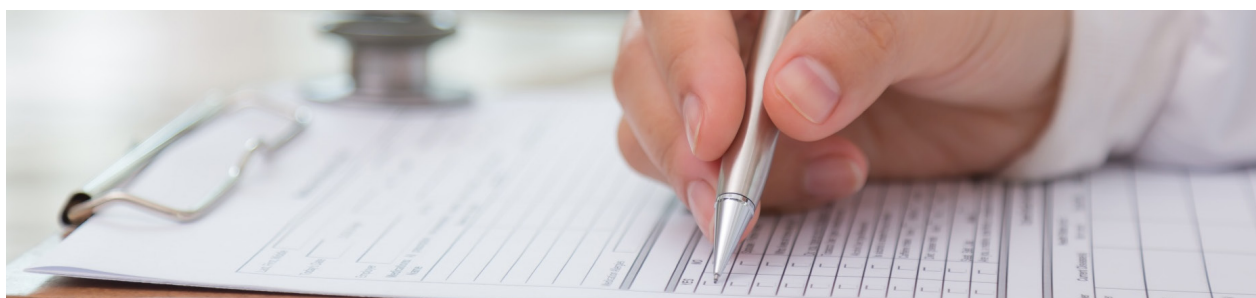
Por norma general, las principales coberturas de los seguros en Italia son las siguientes:

- Consultas: acceso a especialistas y médicos generales.
- Hospitalización y cirugía: cubre tanto hospitalización en casos de enfermedades graves como intervenciones quirúrgicas mayores, así como los gastos relacionados con hospitalización, incluyendo honorarios médicos, diagnósticos y medicamentos.
- Pruebas diagnósticas.
- Prevención: cobertura de exámenes médicos regulares para la detección temprana de enfermedades y acceso a programas de diagnóstico preventivo y chequeos médicos.
- Asistencia domiciliaria: servicios de atención en casa después de hospitalización, incluyendo envío de personal médico y terapias.
- Odontología: programas de prevención dental y tratamientos específicos.
- Atención psicológica: consultas y apoyo psicológico en situaciones específicas relacionadas con salud general.
- Fisioterapia y rehabilitación.
- Servicios adicionales: programas de asistencia y teleconsultas y consultas de segunda opinión médica.
- Reembolso de medicamentos.

Coberturas excluidas y limitaciones:

Las principales exclusiones hacen referencia a las siguientes prestaciones:

- Condiciones preexistentes: no están cubiertas enfermedades, lesiones o afecciones diagnosticadas, tratadas o conocidas antes de la activación de la póliza, excepto en los casos previstos específicamente.
- Tratamientos estéticos: no se incluyen intervenciones o tratamientos de carácter estético, salvo los necesarios tras un accidente o cirugía reconstructiva.
- Salud mental: excluye patologías como neurosis, ansiedad, depresión y otras enfermedades mentales, salvo las coberturas específicas del módulo.
- Procedimientos experimentales: se excluyen tratamientos no reconocidos por la medicina oficial y terapias experimentales.
- Adicciones: no se cubren tratamientos relacionados con el abuso de alcohol, drogas, medicamentos psicotrópicos o sustancias alucinógenas.
- Enfermedades específicas: infección por VIH/SIDA y enfermedades relacionadas, Parkinson, Alzheimer y demencia senil.
- Interrupción del embarazo: no se cubre el aborto voluntario no terapéutico y sus consecuencias.
- Reproducción asistida: se excluyen tratamientos relacionados con la infertilidad, fecundación in vitro y técnicas similares.



- Terapias alternativas: no se incluyen tratamientos como osteopatía, acupuntura, quiropraxia, shiatsu o reflexología.
- Deportes de riesgo: no se incluyen accidentes derivados de la práctica de deportes extremos, como alpinismo, buceo con equipo autónomo, y competiciones de motor.
- Conflictos y desastres naturales: exclusiones relacionadas con guerras, movimientos sísmicos, erupciones volcánicas y radiaciones ionizantes.
- Largos periodos de asistencia: no se incluyen hospitalizaciones prolongadas que sean de carácter exclusivamente asistencial o fisioterapéutico.

Periodos de carencia:

Los periodos de carencia existentes en las pólizas de seguros de Italia varían en función de la compañía aseguradora consultada y del tipo de póliza a contratar. No obstante, los principales periodos de carencia hacen referencia a las siguientes prestaciones:

- Hospitalización por enfermedad y por procedimientos quirúrgicos, en donde los periodos de carencia pueden variar entre los 30 y los 180 días.
- Los embarazos y partos suelen tener un periodo de carencia de 300 días, aunque este período de carencia no aplica para complicaciones graves del embarazo que requieran intervención médica inmediata y urgente.
- Algunas pruebas diagnósticas como las resonancias magnéticas o el TAC suelen tener un periodo de carencia de 90 días.

Copagos:

Los copagos están diseñados para compartir los costes entre el asegurado y la aseguradora, incentivando el uso responsable de los servicios médicos. En el caso de Italia, los copagos varían en función de la compañía aseguradora, el módulo de cobertura seleccionado y el tipo de prestación. En este sentido, algunas de las siguientes prestaciones pueden llevar asociado un copago:

- Consultas de especialidades: 10-20% del coste, en función de si se realiza dentro o fuera de la red convenida.
- Pruebas diagnósticas: 15-20% del coste, en función de si el centro forma parte de la red con la que la compañía aseguradora tiene acuerdos.
- Intervenciones quirúrgicas y hospitalización: si se accede a servicios fuera de la red de centros convenidos, se puede aplicar un copago del 20% del coste total, con límites específicos según la naturaleza del servicio.
- Fisioterapia y rehabilitación: estos tratamientos pueden incluir un copago fijo por sesión, dependiendo del tipo de terapia y del centro donde se realicen.

Se trata de modelos de aseguramiento similares, aunque en Italia tiene más presencia el rol complementario que en España. En este caso, Italia presenta unas primas medias ligeramente más elevadas que en España, teniendo en cuenta, además, que van acompañadas de copagos frecuentes y de mayores limitaciones.

6.5. Suecia

En el caso de Suecia, las compañías aseguradoras cotizan la prima del seguro en base al número de identificación fiscal del ciudadano. Es por ello, que no ha sido posible obtener un presupuesto que permita la comparación con las pólizas analizadas en el caso de España. A pesar de ello, sí se ha podido analizar toda la documentación relativa a las pólizas de salud correspondientes, por lo que a continuación se analizan las principales características de las pólizas de salud seleccionadas en Suecia de 4 de las 5 variables objeto de análisis: coberturas, coberturas no incluidas y limitaciones, periodos de carencia y copagos.

Coberturas:

A nivel general, las principales coberturas de los seguros de salud en Suecia son los siguientes:

- Consultas con médicos generales y especialistas.
- Pruebas diagnósticas: como resonancias magnéticas, TAC y análisis clínicos.
- Intervenciones quirúrgicas: cobertura para cirugías necesarias y hospitalización en centros privados aprobados.
- Terapias y rehabilitación: tratamientos de fisioterapia, naprapatía y quiropráctica. Rehabilitación médica posterior a una cirugía.
- Medicamentos y ayudas médicas: reembolso de medicamentos recetados y ayudas médicas temporales como muletas o sillas de ruedas.
- Soporte psicológico: terapia con psicólogos hasta un número limitado de sesiones y tratamiento para trastornos relacionados con eventos traumáticos.
- Viajes y emergencias: gastos de transporte médico y alojamiento para tratamientos fuera del área habitual, cuando sea necesario.

Al margen de estas coberturas, el seguro de salud en Suecia ofrece una compensación económica en caso de que el asegurado no reciba la atención en un periodo de tiempo determinado. Las prestaciones sujetas a estas compensaciones son consultas médicas con especialistas, cirugías y hospitalización, así como tratamientos organizados por la red de proveedores privados de la aseguradora. Esta compensación se aplica solo si el asegurado ha cumplido con los procedimientos establecidos, como contactar a la red de planificación de salud de la aseguradora.

Los tiempos y las compensaciones varían en función de las compañías aseguradoras y la póliza seleccionado. No obstante, a nivel general se puede establecer unos tiempos de atención máximos de 15 días aproximadamente y una indemnización que puede variar entre las 1.500 coronas suecas (~260 euros) y un máximo de 20.000 coronas suecas (1.750 euros) si se superan los 30 días sin recibir la atención pactada.

Coberturas excluidas y limitaciones:

Las principales coberturas excluidas y limitaciones son las siguientes:

- Tratamientos y procedimientos excluidos:
 - Condiciones preexistentes: enfermedades o síntomas manifestados antes de la contratación del seguro.
 - Tratamientos dentales: exclusión general para procedimientos odontológicos, salvo en casos de accidentes específicos.
 - Cirugías estéticas: procedimientos no médicos, como correcciones cosméticas.
 - Trasplantes de órganos y donaciones relacionadas.
 - Fertilidad: tratamientos para infertilidad o prevención del embarazo.
- Limitaciones en terapias:
 - Terapias alternativas: no cubren tratamientos no reconocidos oficialmente como homeopatía o antroposofía.
 - Rehabilitación en centros de spa: limitada o excluida si no es médicamente necesaria
- Enfermedades o situaciones específicas
 - Epidemias o pandemias: exclusión para enfermedades declaradas como pandemias por la OMS.
 - Condiciones relacionadas con abuso: problemas derivados de abuso de sustancias, como alcohol o drogas.
 - Trastornos crónicos: tratamiento continuo para condiciones crónicas no cubierto tras diagnóstico definitivo.
- Exclusiones por circunstancias:
 - Deportes extremos o actividades violentas: lesiones relacionadas con actividades de alto riesgo o violencia organizada.
 - Falta de cumplimiento de instrucciones: costes adicionales debido a no seguir indicaciones médicas.

Periodos de carencia:

En base a la documentación analizada, la cobertura para cirugías, hospitalización y otros procedimientos está disponible desde el momento en que la aseguradora aprueba la póliza y no se mencionan restricciones específicas de carencia para estos servicios.

El único periodo de carencia definido es de 2 años para trastornos psicológicos, síndrome de fatiga crónica, dolor crónico, fibromialgia y otros dolores musculares crónicos.

Copagos:

Por norma general, el copago se aplica al iniciar el tratamiento o la consulta, y debe ser abonado cuando se accede al servicio médico, como una consulta, hospitalización o cirugía. El copago varía en función de las compañías aseguradoras, pero suele ser de un importe de 500 SEK (~43 euros).

Las prestaciones sujetas a copago son consultas médicas privadas, hospitalización y tratamientos en hospitales privados, cirugías y procedimientos médicos, así como rehabilitación y tratamientos especializados. Se paga una sola vez por cada caso asegurado. Si el tratamiento relacionado con el caso requiere múltiples visitas, el copago no se repite, siempre que todas las visitas estén conectadas al mismo caso asegurado.

Si el asegurado presenta una remisión de un médico del sistema público de salud, no se aplica el copago para los servicios cubiertos bajo el seguro.

A pesar de que el papel del seguro es similar en España y en Suecia, las pólizas analizadas presentan características diferentes. En este sentido, las pólizas de salud en Suecia no suelen contar con periodos de carencia, tienen asociado un copago y ofrecen una compensación económica en el caso de que el asegurado no reciba la atención en el periodo de tiempo previsto. Lamentablemente, no ha sido posible llevar a cabo una comparación sobre la prima de las pólizas de salud.

6.5. Suecia

En Suiza, la contratación de un seguro médico privado es obligatorio y está regido por las disposiciones de la Ley Federal de Seguro de Salud (KVG). A este seguro privado básico se le pueden añadir coberturas suplementarias. Con el fin de poder llevar a cabo una comparación con las pólizas analizadas correspondientes a España, las pólizas suizas configuradas a tal fin incluyen el seguro básico y algunas coberturas suplementarias, especialmente aquellas destinadas a cubrir la hospitalización en hospitales privados.

A continuación, se indican las principales características de las pólizas de salud seleccionadas en Suiza en base a las 5 variables objeto de análisis: prima media, coberturas, coberturas no incluidas y limitaciones, periodos de carencia y copagos.

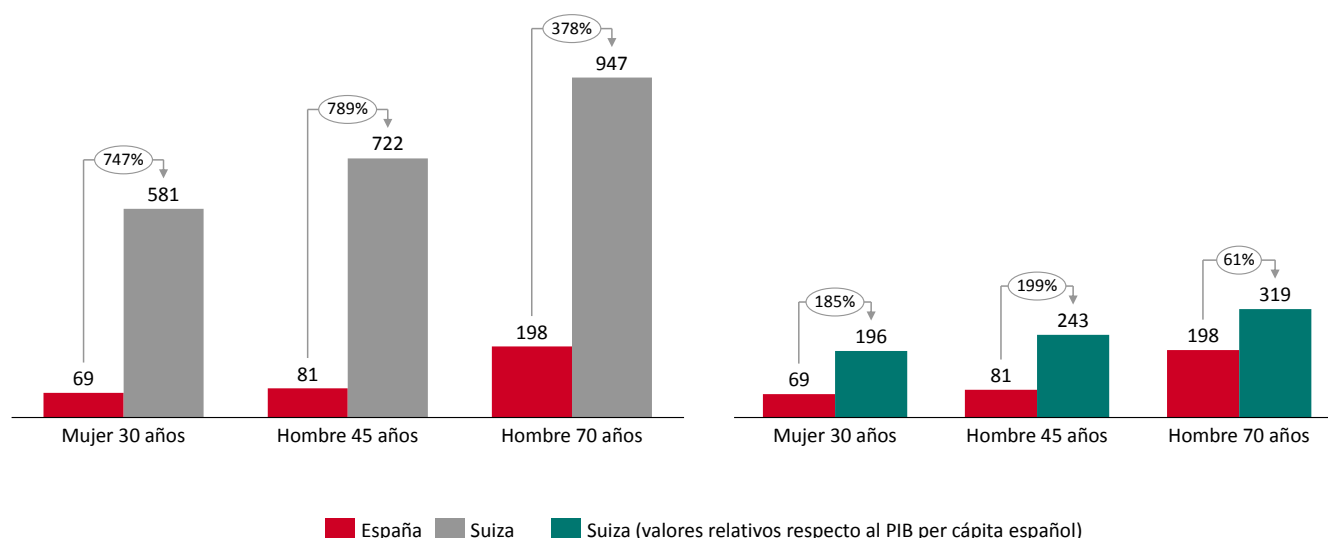
Prima media:

La prima media de los seguros en Suiza se sitúa entre los 571 euros y los 947 euros. Concretamente, el precio de una póliza de un seguro de salud para una mujer de 30 años es de 581 euros mensuales, de 722 euros para un hombre de 45 años y de 947 euros para un hombre de 70 años.

En comparación con España, el precio de una póliza de seguro en Suiza es muy elevado y no tiene comparación, ya que en el caso de una mujer de 30 años la prima es un 747% superior y en el caso de un hombre de 45 años de un 789%. Esta diferencia es inferior en el caso de un hombre de 70 años, ya que el precio del seguro obligatorio es similar en los diferentes perfiles analizados, no así en las coberturas suplementarias, en donde la diferencia de edad sí impacta de forma significativa en el precio de la póliza.

En el caso de Suiza, si los precios medios de las pólizas de los seguros de salud para los tres perfiles de asegurados definidos si se ajustan y adaptan al PIB per cápita español, se produce un descenso muy relevante de los mismos. No obstante, y a pesar de este ajuste, las primas siendo significativamente superiores a las españolas, concretamente un 185% en el caso de una mujer de 30 años, un 199% para un hombre de 45 años y de un 61% para el caso de un hombre de 70 años.

Gráfico 6 - Precio medio de los seguros de asistencia sanitaria en Suiza vs. España



*: tipo de cambio utilizado: 1 CHF= 1,05 euros.

Coberturas:

Las coberturas incluidas en el plan básico están regidas por las disposiciones de la Ley Federal de Seguro de Salud (KVG) y son uniformes en todas las aseguradoras de Suiza. A continuación, se detallan las principales coberturas:

- Tratamientos médicos: cobertura completa para tratamientos ambulatorios realizados por médicos contratados y otros proveedores de salud aprobados, así como tratamientos médicos necesarios en caso de enfermedades o accidentes, siempre que el seguro de accidentes no esté suspendido.
- Hospitalización: estancia en la sala general de hospitales dentro del cantón de residencia, según las tarifas aplicables.
- Maternidad: servicios relacionados con el embarazo y el parto, como controles prenatales y postnatales, sin deducibles ni copagos desde la semana 13 del embarazo hasta ocho semanas después del parto.
- Medicina complementaria: se cubren tratamientos reconocidos como homeopatía, acupuntura, medicina antroposófica y otras disciplinas, siempre que sean realizados por médicos certificados en estas áreas.
- Exámenes preventivos: exámenes preventivos estipulados en la ordenanza de beneficios de seguros de salud, incluyendo revisiones ginecológicas cada tres años.
- Medicamentos: medicamentos recetados que estén incluidos en las listas oficiales.
- Transporte de emergencia: cobertura parcial (50%) para transporte médico urgente y rescates, con límites establecidos.
- Atención psiquiátrica y psicoterapia: psicoterapia médicamente prescrita dentro de los límites de la cobertura.

Por su parte, los seguros suplementarios están diseñados para cubrir necesidades adicionales no incluidas en el seguro básico, ofreciendo mayor flexibilidad y beneficios en áreas como hospitalización, prevención, transporte médico y tratamientos especializados.

A continuación, se indican las principales características de los seguros suplementarios:

- Hospitalización: elección de hospital y habitación (semi-privada o privada) tanto en Suiza como en el extranjero y cobertura ampliada para costes hospitalarios en hospitales no cubiertos por el seguro básico.
- Tratamientos médicos adicionales: cobertura ampliada para medicina complementaria, incluyendo tratamientos como acupuntura, homeopatía y fitoterapia realizados por médicos y terapeutas reconocidos y cobertura total o parcial para tratamientos fuera del catálogo del seguro básico, como medicamentos homeopáticos y fitoterapéuticos.

- Maternidad: beneficios adicionales, como reembolsos para ejercicios prenatales/postnatales y apoyo financiero para la lactancia (hasta CHF 200 por hijo) y cobertura extendida para complicaciones del embarazo y parto en hospitales privados.
- Prevención y promoción de la Salud: reembolso de hasta el 90% de los costes para cursos prenatales, ejercicios postnatales y otras actividades relacionadas con la promoción de la salud y cobertura para revisiones médicas más frecuentes y ampliadas respecto a lo ofrecido por el seguro básico.
- Visión y aparatos médicos: cobertura parcial o total para lentes y contactos, incluyendo beneficios adicionales para adultos (hasta CHF 300 cada 3 años) y reembolso ampliado para dispositivos médicos y ayudas prescritas.
- Transporte médico y rescate: cobertura del 90% o total para transporte médico y rescates, con límites anuales que pueden llegar hasta CHF 150.000 dependiendo del plan y cobertura internacional para emergencias, incluyendo repatriaciones.
- Atención psicológica: reembolsos de hasta el 90% para sesiones de psicoterapia con terapeutas reconocidos.
- Tratamientos dentales y ortodoncia: cobertura para enfermedades graves del sistema masticatorio, accidentes dentales, y ortodoncia para menores de 25 años, con reembolsos de hasta el 75% dependiendo del plan.
- Tratamiento en el extranjero: cobertura ampliada para tratamientos médicos no urgentes realizados fuera de Suiza.

Coberturas excluidas y limitaciones:

En el seguro básico de salud, las coberturas están claramente definidas y existen ciertas limitaciones y exclusiones. A continuación, se resumen las principales:

- Tratamientos y medicamentos no reconocidos: no se cubren medicamentos que no estén en la Lista de Medicamentos Esenciales aprobada, así como tratamientos cuya eficacia, idoneidad o rentabilidad no estén demostradas según el catálogo de beneficios.
- Tratamiento dental: solo se cubren tratamientos dentales relacionados con daños por accidentes, enfermedades graves del sistema masticatorio o enfermedades sistémicas graves reconocidas por la ley.
- Medicina complementaria: aunque se incluyen algunas terapias (como acupuntura o medicina antroposófica), deben ser realizadas por médicos certificados y aprobados, y no todas las terapias alternativas están incluidas.
- Atención en el extranjero: limitada a emergencias médicas durante estancias temporales y en países de la UE/EFTA o el Reino Unido, se cubren costes según las tarifas sociales locales; en otros países, hasta el doble de la tarifa aplicable en Suiza.
- Ayudas y aparatos médicos: solo se incluyen ayudas prescritas y reconocidas como necesarias según las directrices oficiales.
- Cobertura hospitalaria: restringida a la sala general de hospitales listados en el cantón de residencia. Usar hospitales fuera del cantón puede generar costes adicionales no cubiertos.
- Transporte y rescate: limitado al 50% de los costes, con un máximo de CHF 500 al año para transporte y CHF 5.000 al año para rescates.
- Servicios preventivos: solo se cubren exámenes de detección temprana y medidas preventivas si están específicamente listados y aprobados por el catálogo del seguro básico.
- Lentes de contacto: limitado a CHF 180 al año hasta los 18 años; no se incluyen después de esta edad.
- Balneoterapia: se cubren hasta CHF 10 por día, máximo 21 días al año, y únicamente si está médicamente justificado.

Los seguros suplementarios, por su parte, ofrecen una cobertura ampliada en comparación con el seguro básico, pero tienen limitaciones claras en tratamientos no reconocidos, proveedores fuera de red, procedimientos estéticos y riesgos específicos. Además, algunas coberturas, como maternidad o tratamientos dentales, requieren condiciones adicionales o períodos de espera.

Periodos de carencia:

En los seguros médicos obligatorios bajo la legislación suiza (KVG), los períodos de carencia no suelen aplicarse como en otros tipos de seguros privados, ya que la cobertura es inmediata y obligatoria desde la fecha de inscripción para todas las personas elegibles. Por lo tanto, no existen periodos de carencia para servicios esenciales como consultas médicas, hospitalización general o urgencias.

No obstante, los seguros suplementarios, que pueden cubrir servicios adicionales (como habitaciones privadas, clínicas privadas o servicios especiales), sí suelen tener períodos de carencia. En este caso, los principales y más habituales periodos de carencia son los siguientes:

- Embarazo y parto: 12 meses.
- Hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas programadas: 6 meses.
- Tratamientos específicos: en este caso, los períodos de carencia varían según el tipo de tratamiento, como terapias avanzadas o quimioterapia, y dependen de las cláusulas específicas de cada contrato.

Copagos:

El seguro básico incluye un sistema de copagos que combina un deducible anual, un porcentaje adicional y una contribución diaria en hospitalización. Estas medidas están destinadas a compartir los costes entre el asegurado y el proveedor del seguro, mientras que ciertos servicios esenciales, como la maternidad, están exentos de copagos. Este esquema garantiza que los asegurados participen en los costes de los servicios médicos, pero con límites claros para evitar gastos excesivos.

Estructura del copago:

- Deducible (exceso anual): cada asegurado elige un deducible anual (exceso) entre un rango predefinido que puede variar entre los CHF 300 y los CHF 3.500 para adultos. El asegurado debe pagar los costes de atención médica hasta alcanzar este deducible. En el caso de las pólizas seleccionadas, el deducible es el menor importe posible, en este caso CHF 300.
- Porcentaje adicional (franquicia): una vez que se ha alcanzado el deducible, el asegurado debe cubrir el 10% de los costes adicionales, hasta un máximo anual de CHF 700 para adultos y CHF 350 para niños.
- Contribución diaria en hospitalización: para hospitalizaciones, el asegurado asume una contribución diaria adicional establecida por el consejo federal, generalmente CHF 15 por día para adultos.

Excepciones a los copagos:

- **Maternidad:** no se aplican copagos (ni deducible ni porcentaje adicional) a los servicios relacionados con la maternidad, desde la semana 13 del embarazo hasta ocho semanas después del parto.
- **Niños:** los menores están exentos de algunos copagos en ciertas condiciones, dependiendo de la legislación y del plan.

Los seguros suplementarios tienen copagos estructurados según el nivel de cobertura y las preferencias del asegurado. Estos copagos se aplican en diferentes áreas, incluyendo tratamientos, hospitalizaciones y beneficios adicionales. Sin embargo, los límites y porcentajes específicos dependen del plan contratado, aunque suelen ser porcentajes del coste de la prestación y cuentan con límites anuales.

El caso suizo se seleccionó como ejemplo de los países con un sistema de salud basado en el modelo Bismarck. En este sentido, se optó por Suiza al contar con un seguro de salud suplementario y que podría ser comparable con el caso español.

En este sentido, Suiza cuenta con la obligatoriedad de contratar un seguro básico de salud que puede complementarse con seguros suplementarios que permiten al paciente ser tratado en hospitales privados con mayores comodidades. Cuenta con un sistema de copagos estructurados según el nivel de cobertura y las preferencias del asegurado.

Respecto a la prima media, en Suiza es significativamente superior a la existente en España.

A continuación, se muestra una tabla resumen de los principales aspectos analizados del seguro de salud en cada país:

Tabla 8 - Resumen de los principales aspectos analizados

	España	Reino Unido	Portugal	Italia	Suecia	Suiza
Coberturas	-	Similares	Similares	Similares	Similares	Mayores
Exclusiones y limitaciones	-	Similares	Mayores	Mayores	Similares	Menores
Periodos de carencia	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí
Copagos	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Prima media mensual (€)	116	254	189	171	nd.	750
Prima media mensual ajustada PIB España (€)	116	172	231	147	nd.	253

Por otro lado, al margen del análisis comparativo realizado sobre las pólizas de salud de España con Reino Unido, Portugal, Italia, Suecia y Suiza, y aunque no es objeto del presente estudio, es conveniente tener en cuenta el impacto que los precios medios de las pólizas pueden tener en los costes de los procesos que los prestadores deben asumir y en las tarifas que las compañías aseguradoras pagan a los médicos. Es por ello, que se ha llevado a cabo una breve revisión bibliográfica sobre esta temática, localizándose dos estudios que resultan de interés.

Por un lado, el **International Health Cost Comparison Report** elaborado por la International Federation of Health Plans (iFHP), en colaboración con el Health Care Cost Institute (HCCI), presenta un análisis exhaustivo de los costes sanitarios privados en nueve países (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Austria, España, Grecia, Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica), centrándose en procedimientos hospitalarios (inpatient), ambulatorios (outpatient) y farmacéuticos. El estudio se basa en datos reales correspondientes al año 2022.

Según detalla el estudio, los **tratamientos hospitalarios** España se posicionan sistemáticamente entre los países con **costes más bajos** en este tipo de tratamientos. Concretamente, en intervenciones como bypass coronario, artroplastia de cadera o rodilla, apendicectomía, cesárea, o cirugía bariátrica, los precios observados en España son considerablemente inferiores a los de otros países. El enfoque en estancias hospitalarias más cortas, negociaciones centralizadas con proveedores y una racionalización de los recursos contribuyen a esta contención de costes sin comprometer la calidad asistencial.

Del mismo modo, España muestra una clara ventaja comparativa en el ámbito de los **tratamientos ambulatorios**, incluyendo procedimientos diagnósticos (como escáneres CT, resonancias magnéticas y colonoscopias) y quirúrgicos menores (como cirugía de cataratas o reparación de hernias). Los costes de estos servicios en España son de los más bajos entre los países analizados. Según se indica en el informe, esta eficiencia se ve favorecida por el uso extensivo de centros ambulatorios y la priorización de técnicas menos invasivas, así como por el acceso equitativo a servicios sin requerimiento de hospitalización.

Por otro lado, el **Estudio Comparado de Tarifas de Honorarios Médicos en Neurocirugía y Cirugía de la Columna** realizado para la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) y para la Sociedad Española de Columna Vertebral (GEER), compara los honorarios médicos de 22 procedimientos neuroquirúrgicos en el ámbito de los seguros privados voluntarios en España respecto a seis países europeos: Portugal, Francia, Bélgica, Reino Unido, Alemania y Suiza.

En este caso, el análisis comparado de tarifas, ajustado por nivel socioeconómico de cada país, revela con carácter general, **un nivel bajo de honorarios médicos para pacientes con seguros privados en España respecto al resto de Europa:**



- El análisis comparado de honorarios médicos privados muestra que los países analizados presentan unos honorarios médicos superiores a España en 1,66 veces (ajustados por riqueza) o 1,86 (ajustados por gasto sanitario), una vez excluido Suiza de la comparabilidad por tener un diferencial significativamente mayor.
- En el caso del ajuste por paridad de poder adquisitivo el diferencial 1,8 veces el de España, y de 1,52 veces si se compara por renta per cápita.
- En el caso del ajuste por gasto sanitario total, los honorarios médicos son en torno 1,4 veces los de España, pero de 2,3 veces si se compara con el gasto sanitario privado.

El análisis también indica **una diferencia de precios mayor en aquellos procedimientos de menor complejidad y con menor valor económico:**

- Los procedimientos con honorarios menores a 400€ en España se sitúan en el resto de los países de media un 168% por encima de España.
- Los procedimientos de complejidad media, definidos en el rango de honorarios entre 400 y 600€ en España, se sitúan de media un 132% por encima de España.
- El grupo de procedimientos con más de 600€ de honorarios en España se sitúan de media un 100% por encima de España, es decir, el doble.
- Como se puede observar, existe mayor desproporción en los casos de menor complejidad; los cuales suponen el grueso principal de la actividad en neurocirugía y cirugía de columna, potenciando aún más la desigualdad de honorarios entre el resto de los países con España

7. Conclusiones

A continuación, se indica un resumen de los puntos clave que destacan las principales diferencias entre el sistema de aseguramiento privado de salud en España y el existente en los países objetivo de estudio: Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza.

1. Modelos de referencia:

Los sistemas de salud en los países seleccionados están influenciados por los modelos Beveridge y Bismarck.

El **modelo Beveridge** se caracteriza por la financiación a través de impuestos generales y cobertura universal gratuita. España, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia se rigen por este modelo.

El sistema de salud de Suiza, por su parte, se basa en el **modelo Bismarck**, caracterizado por seguros obligatorios financiados por contribuciones laborales.

Es importante destacar la relación directa entre los sistemas públicos de salud y el aseguramiento privado existente en cada uno de los países analizados.

2. Rol del aseguramiento privado:

El papel del aseguramiento privado en todos los países analizados es **principalmente suplementario**, teniendo como objetivos principales **ampliar la oferta de servicios disponibles, reducir los tiempos de espera y mejorar la calidad o comodidad de los servicios sanitarios**.

España cuenta con un modelo de seguro privado principalmente suplementario, que actúa como complementario en menor medida. Además, tiene un rol sustitutivo para empleados públicos a través de las mutualidades.

En el resto de los países con modelo Beveridge (Italia, Portugal, Reino Unido, y Suecia), el seguro privado también es mayoritariamente suplementario, pero con variaciones en su uso complementario y en la interacción público-privada.

Suiza, como representante del modelo Bismarck, cuenta con un seguro básico obligatorio y un alto nivel de penetración del seguro privado suplementario y complementario.

3. Penetración del seguro privado:

La penetración del seguro privado en España se sitúa aproximadamente en el 26%, muy similar a la registrada en Portugal (27%), y significativamente superior a la de Italia (20%), Reino Unido (11%) y Suecia (10%). Suiza, por su parte, cuenta con una penetración del 80% como consecuencia de la obligatoriedad de contratación de un seguro básico de salud.

4. Primas y coberturas:

España, el país con primas más accesibles y coberturas más amplias: con primas medias mensuales que oscilan entre los 69 euros y los 198 euros para los tres perfiles de asegurados definidos, España se posiciona como el país más competitivo. A pesar de su precio reducido, las coberturas incluyen servicios esenciales como atención primaria, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y tratamientos avanzados.

En Reino Unido, las primas son significativamente más elevadas que en España. Sin embargo, no se logra justificar estos costes adicionales con las coberturas ofrecidas.

Portugal e Italia también presentan, especialmente Portugal, precios más altos que los de España, viniendo acompañados además de copagos más frecuentes y limitaciones en coberturas clave.

En Suecia, aunque no ha sido posible obtener un precio específico del seguro de salud, la inversión pública y privada garantiza servicios de alta calidad. Sin embargo, los tiempos de espera y el acceso desigual siguen siendo desafíos.

En Suiza, el gasto per cápita es el más alto de Europa, con primas que reflejan un sistema de aseguramiento obligatorio robusto, pero con altos costes para el usuario y limitaciones de equidad.

5. Periodos de carencia:

Los periodos de carencia más restrictivos se dan en España, siendo en algunos casos similares a los existentes en Italia y Portugal. En Reino Unido y Suecia, los periodos de carencia son menos frecuentes o inexistentes. Y, en el caso de Suiza, en el seguro médico obligatorio la cobertura es inmediata, mientras que los seguros suplementarios cuentan con periodos de carencia.

6. Copagos:

A pesar de que en los últimos años han proliferado algunas pólizas con copago en España, la realidad es que la mayor parte de las pólizas de salud no suelen contar con copagos relevantes. Por el contrario, en otros países analizados, especialmente Portugal e Italia, los copagos están muy extendidos, variando en función de la póliza contratada y las prestaciones utilizadas.

7. Seguros colectivos:

España es líder en la contratación de seguros colectivos, tanto en volumen como en su rol en el acceso a servicios privados. El seguro colectivo en España es muy frecuente, representando más del 50% de las pólizas, destacándose como un beneficio social clave ofrecido por las empresas. En otros países, como Reino Unido, Suecia y Suiza el impacto de los seguros colectivos es marginal debido a la fortaleza de sus sistemas públicos o la obligatoriedad del seguro básico.

8. Mutualidades administrativas:

España cuenta con un sistema único que permite a funcionarios elegir de forma libre si quieren ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud o por una entidad aseguradora con el mismo nivel de prestaciones. Se trata de un modelo que no se encuentra en los otros países analizados.

9. Incentivos fiscales:

En todos los países analizados, salvo España y Reino Unido, los ciudadanos cuentan con incentivos fiscales a la hora de contratar un seguro de salud. No obstante, España sí ofrece ciertos beneficios fiscales en los seguros colectivos para trabajadores y empresas.

10. Innovación y digitalización:

España ha progresado rápidamente en la adopción de herramientas digitales como la telemedicina y la gestión digital, aunque aún cuenta con margen de mejora para alcanzar el liderazgo de Suecia en este ámbito. Italia, por su parte, es el país que avanza a un ritmo más lento en comparación con el resto de los países analizados.

8. Bibliografía

Bibliografía

- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, Ridaio-López M, Hernández-Quevedo C. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2018;20(2):1–179.
- De Belvis AG, Meregaglia M, Morsella A, Adduci A, Perilli A, Cascini F, Solipaca A, Fattore G, Ricciardi W, Marengo A, Scarpetti G. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2022; 24(4): pp.i–203.
- De Pietro C, Camenzind P, Stürny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288.
- Fundación Mapfre. *Sistemas de Salud. Un análisis global*.
- ICEA, Seguro de Salud.
- International Federation of Health Plans (“iFHP”) and Health Care Cost Institute (“HCCI”). *International Health Cost Comparison Report*, July 2022.
- Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2023; 25(4): i–198.
- OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Italy: *Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Portugal: *Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Spain: *Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Sweden: *Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(2):1–184.
- Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) y para la Sociedad Española de Columna Vertebral (GEER). *Análisis comparado internacional de las tarifas de los honorarios médicos privados en neurocirugía y cirugía de la columna*.
- Sagan Anna y Thomson Sarah. *Voluntary health insurance in Europe, Role and regulation*. WHO/The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sagan Anna y Thomson Sarah. *Voluntary health insurance in Europe, Country Experience*. WHO/The European Observatory on Health Systems and Policies.



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID