

Cátedra Extraordinaria Salud Sostenible y Responsable

Un sistema sanitario en transformación.
Los retos del aseguramiento privado en España

Marzo 2023



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Índice

1. Presentación de la Cátedra.
2. Metodología del informe.
3. Entendimiento de la situación.
4. Retos del aseguramiento privado en España.
5. Bibliografía.

Retos del **aseguramiento privado** en España

1

Mejorar la **transparencia de las pólizas de salud** y dotarlas de mayor claridad, concreción y sencillez con el fin de facilitar el entendimiento a los ciudadanos.

2

Garantizar la **continuidad de la prestación sanitaria del asegurado**, con independencia de su patología y de su edad.

3

Transformar el seguro de asistencia sanitaria en un **seguro de salud**.

4

Garantizar el acceso a **técnicas y tratamientos innovadores**.

5

Garantizar la **sostenibilidad** de la prestación sanitaria privada.

6

Innovar en modelos de gestión que **disminuyan la saturación** del sistema privado de salud.



Colaborar y apoyar medidas orientadas a la **incorporación de un mayor número de profesionales** que permitan garantizar la calidad de la atención sanitaria privada.

7

8

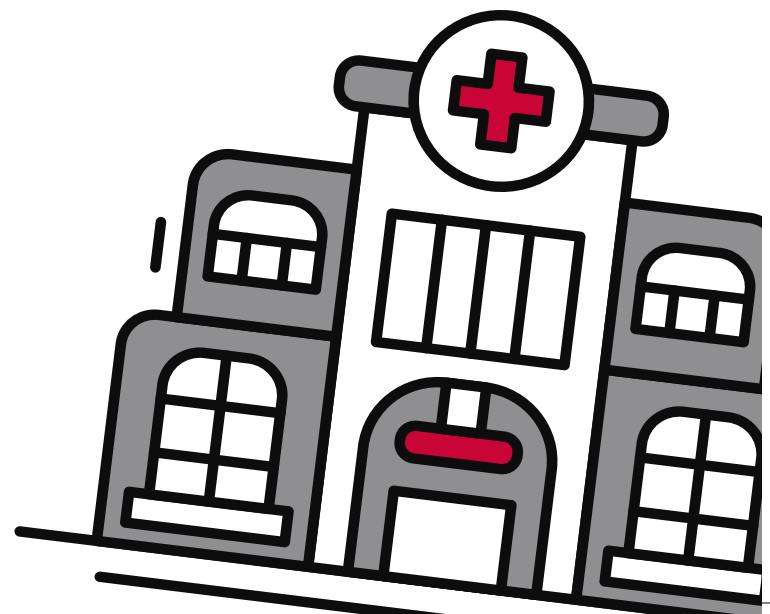
Establecer el futuro del **modelo del mutualismo administrativo** que permita ofrecer una atención sostenible y de calidad.

Llevar a cabo una transformación digital en beneficio de la salud del asegurado con **responsabilidad bioética**.

9

10

Favorecer la integración de la atención sanitaria y de la atención social, e incorporar y **desarrollar programas de salud mental** para todos sus asegurados.





Presentación de la Cátedra

La elaboración de este informe se enmarca entre los objetivos de la Cátedra Extraordinaria de Salud Sostenible y Responsable, puesta en marcha durante 2022 por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE), que supone el inicio de una excelente oportunidad de colaboración entre el ámbito académico y el empresarial. En este sentido, la Cátedra promoverá la participación activa de otras organizaciones empresariales e institucionales para alcanzar su misión.

La Cátedra, como entidad neutral e independiente, surge como consecuencia de la necesidad de contar con un medio que analice y valore los cambios que se están produciendo en el Sistema Sanitario, y de forma transparente los ponga en conocimiento de los diferentes agentes que integran el sistema y del público en general, con el objetivo de identificar propuestas de mejora que ayuden a aquellos a la toma de las mejores decisiones posibles.

Para ello, la Cátedra llevará a cabo la realización de una serie de estudios orientados a analizar la realidad del Sector Sanitario con el objetivo de optimizarlo, así como de mejorar la atención sanitaria y la salud de los ciudadanos.

En este sentido, los integrantes de la Cátedra han decidido que el primer informe a poner en marcha se oriente a definir la situación actual de los seguros de salud en España y a identificar los retos a los que se enfrenta el sector, cuya resolución permitirá, entre otros, mejorar la transparencia de los seguros de salud, facilitar la accesibilidad de los asegurados a los servicios sanitarios y garantizar la calidad y la sostenibilidad del sector.



Metodología del informe



Para la elaboración del informe se ha contado con las aportaciones, a través de entrevistas individuales, de profesionales pertenecientes a diferentes agentes del ámbito sanitario. Gracias a las entrevistas realizadas se han recogido diferentes visiones y opiniones que han sido claves para la elaboración del presente informe.

Con motivo de la pluralidad y los diferentes puntos de vista de los profesionales entrevistados, es probable que no todos se sientan identificados con las opiniones vertidas en el informe, ni con la elección de los retos identificados y seleccionados.

Desde la Cátedra de Salud Sostenible y Responsable nos sentimos agradecidos y privilegiados al haber podido contar con las aportaciones de los profesionales entrevistados que se han prestado a compartir su experiencia y conocimiento, por lo que les transmitimos nuestro agradecimiento por sus aportaciones y el tiempo dedicado.

En total se ha procedido a entrevistar a 29 profesionales pertenecientes a 24 organizaciones, instituciones y empresas que se indican a continuación (por orden alfabético):

- Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE).
- ASISA.
- Asociación Coordinadora Nacional de Artritis (Con Artritis).
- Asociación de Diabetes de Madrid.
- Asociación de Trabajadores Autónomos (ATA).
- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CO-DEM).

- DKV Seguros.
- Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).
- HM Hospitales.
- Hospitales Universitarios San Roque.
- IMED Hospitales.
- Mapfre.
- Medlab Media Group.
- MUFACE.
- Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) (a través de la cumplimentación de cuestionario).
- Organización Médica Colegial (OMC).
- Quirónsalud.
- Red Hospitalaria Recoletas.
- Ribera Salud.
- Sanitas.
- SecurCaixa Adeslas.
- Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA).
- Viamed Salud.
- Vithas.

Asimismo, se ha procedido a entrevistar como expertos independientes al Dr. Antonio Burgueño y al Dr. Carlos Amaya.

El grupo de trabajo que ha participado en la elaboración de este primer informe ha estado formado por Ana Rosado y Sonia Juárez, por parte de la Universidad Complutense, Manuel Rodríguez Ocaña, como experto independiente del sector sanitario, y Daniel Pallarés, todos ellos coordinados por Madimer Consulting.



Entendimiento de la situación

Origen y evolución del seguro sanitario

El origen del seguro de salud en España se remonta a comienzos del siglo XX, en donde la Ley de Seguros de 1908 ya recoge la referencia a “Iguales de médico, botica y entierro”, dando cobertura legal a lo que ya era una realidad social arraigada en la población, aún con distinto grado dependiendo de la ubicación geográfica. Las igualas consistían en grupos de profesionales que prestaban servicios médicos a la población a cambio del pago de una cantidad mensual fija, denominada iguala porque tenía un efecto beneficioso de repartir el riesgo mediante el pago de una cantidad similar de todos los asegurados. Llegó a ser preceptivo por parte de los Gobernadores Civiles Provinciales fijar la iguala de cada año. Inicialmente daba cobertura a los servicios primarios y más tarde se hizo extensivo a los cuadros de especialistas y a las clínicas en las que trabajaban.

El seguro de salud tuvo un notable crecimiento en la segunda mitad de los Cincuenta y en los Sesenta, llegando a existir más de 150 igualas. La Ley de Ordenación del Mercado de Seguros de 1954 les obligó a constituirse en entidades aseguradoras. Los servicios que ofrecían cubrían prestaciones no incluidas en los servicios de la sanidad pública hasta 1967 y llegaron a capas cada vez más amplias de la sociedad, sobre todo en los Noventa, cuando se disparó su demanda hasta convertirse en el tercer ramo por volumen de primas, tan solo superado por los de vida y automóviles. Entre 1987 y 1997 el

crecimiento de las primas fue en promedio superior al 16 % anual, lo que evidencia su éxito, impulsado sin duda por la consolidación de la clase media ¹.

Una de las razones que incrementó la demanda de los seguros sanitarios en el decenio de los Ochenta fue el deterioro de los servicios de la Seguridad Social, circunstancia que aprovecharon entidades aseguradoras para impulsar la oferta de pólizas de salud, con una gama creciente de productos adaptados a la demanda de servicios cada vez más completos. Este proceso tuvo también el apoyo de los sindicatos, que exigían en muchos convenios laborales la contratación de seguros médicos colectivos para el personal.

La Ley de Ordenación del Seguro Privado de 1984 procedió a incrementar los niveles de solvencia de las empresas y los grados de responsabilidad de las operaciones, lo que propició a una disminución del número de compañías aseguradoras. La evolución de la praxis médica apoyada en el progreso tecnológico y por las necesidades de respaldo financiero que la misma exigía, así como la legislación comunitaria en cuanto a exigencia de solvencia de las entidades que asumían riesgos futuros, propició la reducción del número de compañías aseguradoras.

¹ Fundación Mapfre. Historia del Seguro en España.

El ramo de salud también se vio impulsado gracias a las mutualidades de las Administraciones Públicas: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y Mutualidad General Judicial (MUGEJU), que ofrecían a sus afiliados una cobertura alternativa a la sanidad pública mediante concertos con entidades aseguradoras privadas.

Actualmente, el seguro de salud en España se compone principalmente y a efectos de este informe, de dos tipos de seguros:

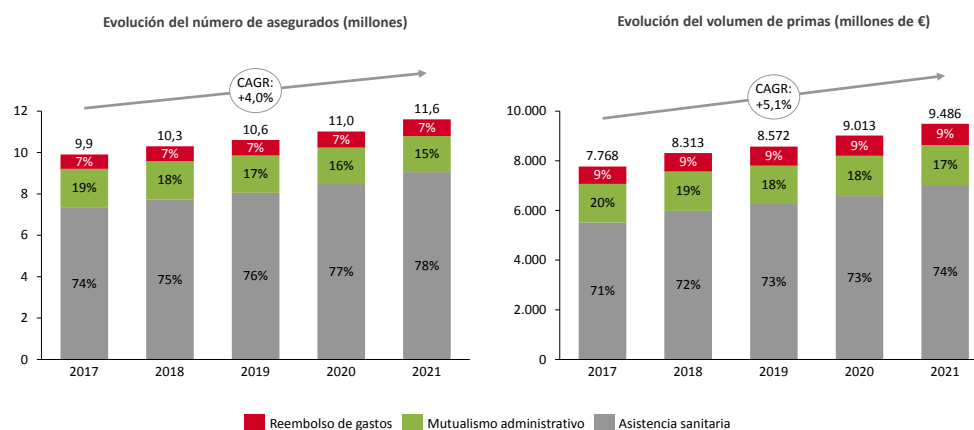
- **Seguro de asistencia sanitaria:** facilita el acceso a un conjunto cerrado de servicios sanitarios a cambio del pago del precio del seguro. Dentro de este seguro se incluye el seguro de las mutualidades de las Administraciones Públicas (MUFACE, ISFAS y MUGEJU).

- **Seguro de reembolso:** se trata de un seguro que, presentando o no un cuadro médico de asistencia sanitaria como el del punto anterior, también incluyen la posibilidad de que el asegurado haga uso del servicio sanitario de su elección y, entonces, la compañía aseguradora le reembolse un porcentaje de dicho pago.

En la actualidad, el seguro de salud en España cuenta con un total de **11,6 millones de asegurados**², de los que el 78% corresponde a seguros de asistencia sanitaria, el 15% a mutualismo administrativo y el 7% restante a seguros de reembolso.

El sector de los seguros de salud viene registrando **crecimientos constantes** desde hace ya varias décadas. Concretamente, el incremento en los últimos cinco años (2017-2021) ha sido de 4,0% anual (CAGR) en el número de asegurados, mientras que el volumen de primas se ha incrementado a una tasa del 5,1%.

Gráfico 1 - Evolución del número de asegurados y del volumen de primas, 2017-2021



Fuente: ICEA, El Seguro de Salud 2017-2021.



Uno de los motivos que viene impulsando la contratación de seguros de salud es la **saturación** en la que está inmerso el sistema público, el cual registra **largas listas de espera** que hace que el ciudadano esté dispuesto a destinar parte de su presupuesto a la contratación de un seguro de salud.

En junio de 2022 había un total de **742.518 pacientes en espera quirúrgica estructural** (16,09 pacientes por 1.000 habitantes) con un tiempo medio de espera de 113 días³. Por comunidad autónoma, La Rioja, Cantabria y Asturias son las comunidades con un mayor número de pacientes por 1.000 habitantes en lista de espera quirúrgica, mientras que País Vasco, Navarra y Madrid son las comunidades en donde esta tasa es menor.

Respecto a la lista de espera estructural de consultas, más de **2,9 millones de personas** están a la espera de una consulta en el Servicio Nacional de Salud (79,30 pacientes por 1.000 habitantes) con un tiempo de espera medio de 79 días. Por comunidad autónoma, Andalucía, Asturias y Cantabria son las comunidades con un mayor número de pacientes por 1.000 habitantes en lista de espera de consultas, mientras que País Vasco, Castilla-La Mancha y Cataluña es donde esta tasa es menor.

Tabla 1 - Lista de espera quirúrgica y de consultas estructural por comunidad autónoma, junio 2022 (ordenadas por tiempo medio de espera)

Lista de espera quirúrgica				Lista de espera de consultas			
Comunidad autónoma	Pacientes	Tasa por 1.000 hab.	Tiempo medio espera (días)	Comunidad autónoma	Pacientes	Tasa por 1.000 hab.	Tiempo medio espera (días)
Aragón	25.340	19,14	151	Andalucía	906.618	110,45	107
Cataluña	165.552	22,11	151	Canarias	113.515	54,50	101
Canarias	32.918	15,81	144	Aragón	57.085	43,12	95
Extremadura	21.880	21,41	139	Navarra	53.910	83,38	87
Cantabria	13.606	23,96	132	Cataluña	294.666	39,36	82
Castilla y León	39.242	17,08	129	Murcia	70.053	46,30	78
Islas Baleares	14.381	12,36	121	Asturias	94.842	95,08	70
Castilla-La Mancha	32.193	16,49	111	Comunidad Valenciana	330.368	68,76	69
Andalucía	136.613	16,64	110	Cantabria	51.919	91,43	67
Ceuta	845	11,42	104	Castilla y León	145.485	63,31	65
La Rioja	7.901	25,10	92	Extremadura	41.690	40,79	64
Murcia	27.635	18,27	91	Castilla-La Mancha	37.997	19,46	62
Comunidad Valenciana	54.260	11,29	87	Galicia	198.323	75,67	55
Asturias	22.292	22,35	86	La Rioja	14.837	47,14	52
Galicia	46.553	17,76	75	Madrid	402.685	59,59	51
Navarra	6.641	10,27	72	Islas Baleares	47.910	41,17	50
Madrid	71.997	10,65	65	Ceuta	3.038	41,06	32
País Vasco	22.277	9,98	64	País Vasco	39.034	17,48	29
Melilla	392	5,36	39	Melilla	3.171	43,32	22
Total	742.518	16,09	113	Total	2.907.146	79,30	79

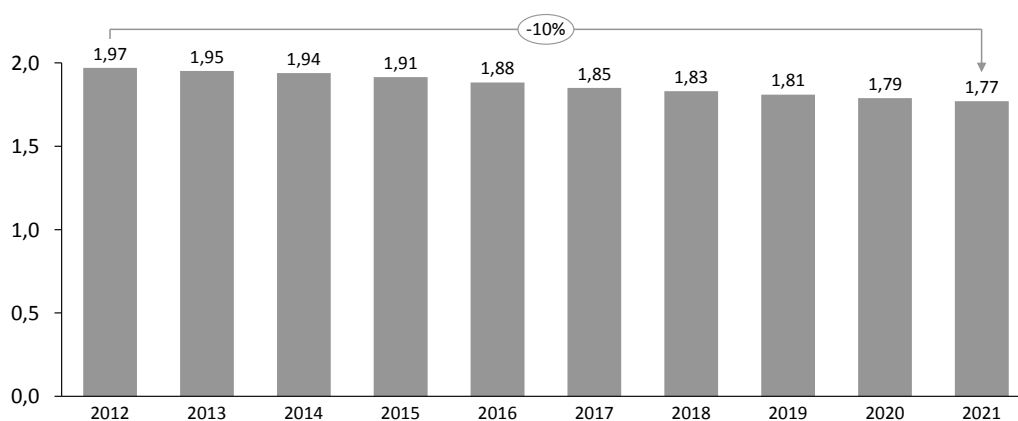
Fuente: Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, junio 2022.

³ Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, junio 2022.

Otro de los fenómenos que está contribuyendo a la contratación de los seguros es su creciente y elevada aceptación como mecanismo de pago en especie, ya que muchas empresas incluyen el seguro de salud como **retribución complementaria**. De los más de 10 millones de asegurados de asistencia sanitaria y reembolso de gastos (sin tener en cuenta el mutualismo administrativo), el 57% corresponde a pólizas individuales, mientras que el 43% corresponde a pólizas colectivas.

Respecto al régimen del **mutualismo administrativo**, y en contra de la tendencia del resto del sector, está inmerso en una **tendencia decreciente** en el número de mutualistas que comenzó aproximadamente a partir del año 2012. En este sentido, el número de mutualistas ha pasado de 1,97 millones de mutualistas en 2012 a 1,77 millones en 2021, lo que supone un descenso aproximado de 200.000 (10%) mutualistas en los últimos 10 años⁴.

Gráfico 2 - Evolución del número de mutualistas, 2012-2021

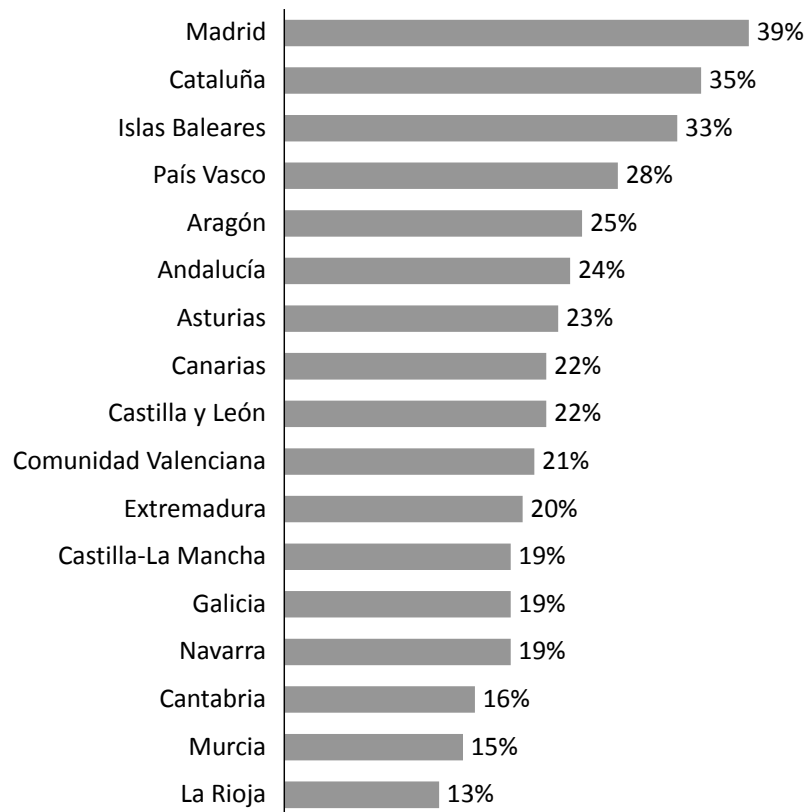


Fuente: ICEA, El Seguro de Salud 2012-2021.

En relación con la **capilaridad del seguro privado de salud**, esta se ha incrementado de forma significativa en los últimos años hasta representar en torno al 25% en 2021. No obstante, la penetración del seguro es bastante variable en función del territorio. En este sentido, Madrid, Cataluña e Islas Baleares son las comunidades autónomas que cuentan con una mayor penetración, mientras que La Rioja, Murcia y Cantabria son las que registran una menor proporción de asegurados en función de su población.

De las pólizas de asistencia sanitaria y reembolso de gastos, el **57%** corresponde a pólizas individuales y el **43%** a pólizas colectivas

Gráfico 3 - Penetración del seguro de salud por comunidad autónoma, 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INE, Padrón municipal 2021 y de ICEA, El Seguro de Salud 2021.

El sector de los seguros de salud cuenta con un **elevado grado de concentración**. En este sentido, las cinco primeras compañías aseguradoras (SegurCaixa Adeslas, Sanitas, Asisa, DKV Seguros y Mapfre) representan el 72% del mercado, porcentaje que se eleva hasta el 81% si se consideran las nueve primeras compañías⁵.

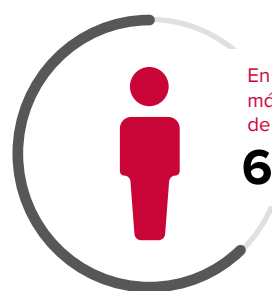
⁵ Fundación IDIS. Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2022.

Selección y contratación del seguro de salud

A la hora de contratar un seguro de salud, el ciudadano se encuentra ante una decisión compleja, con la existencia de un gran número de compañías aseguradoras y de diferentes combinaciones posibles de póliza que dificultan su toma de decisión. Asimismo, el **lenguaje** utilizado en las pólizas es muy **técnico y complejo**, no trasladándose la información de forma **clara y sencilla**, lo que dificulta el entendimiento de los ciudadanos y su toma de decisión sobre la tipología de seguro a contratar.

Una vez seleccionada la compañía aseguradora con la que asegurarse, el ciudadano puede encontrarse con dificultades e incluso con la **negativa para acceder al sistema privado de salud**, en el caso de contar con una enfermedad preexistente o, incluso sin contar con ella en la actualidad, haberla sufrido con anterioridad. En este momento, **se produce la primera barrera de acceso al sistema privado, al no permitir el aseguramiento a pacientes que sufren o han sufrido determinadas enfermedades.**

Previamente a la contratación de un seguro de salud, las compañías aseguradoras solicitan a las personas que quieran suscribirlo que cumplimenten un cuestionario en el que deben declarar si padecen o han padecido alguna enfermedad, si han sufrido alguna lesión, así como si se han sometido a alguna operación quirúrgica. Con esta información, la compañía valorará el riesgo que le conlleva cubrir a una persona determinada, y decidirá si acepta o rechaza la solicitud o si le excluye de algunas coberturas del seguro.



En la mayoría de los casos, la edad máxima para acceder a una póliza de salud es de

65-70 años

En este sentido, existen patologías como diabetes, cáncer, cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares o VIH que impide a los pacientes acceder a un seguro de salud, al considerar las compañías que asegurarlos les supondría un riesgo muy alto por los costes que previsiblemente tendrían que asumir.

Otro de los posibles motivos por lo que las compañías pueden negarse a la contratación de una póliza de salud es la **edad del paciente**. En la mayoría de los casos, la edad máxima para acceder a una póliza de salud es de 65 años, aunque algunas compañías aseguradoras están elevando esta edad hasta los 75 años.

Al margen de las limitaciones en función de las patologías previas o de la edad de las personas que quieran contratar un seguro de salud, otro aspecto a tener en cuenta es el **periodo de carencia** existente en las pólizas de salud, entendido como el plazo que se aplica una sola vez en toda la vida del contrato, por lo que una vez transcurrido ya nunca se vuelve a aplicar. Los periodos de carencia más habituales son para embarazo y parto, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones.

Existencia de limitaciones de acceso al sistema privado de salud por razones de edad o estado de salud

Según la última encuesta de satisfacción de los usuarios con los seguros de salud publicada por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) en octubre de 2022, los principales problemas identificados son los siguientes:

- Falta de cobertura de determinados tratamientos.
- Incremento de la prima a la hora de renovar la póliza.
- No autorización de una prueba o tratamiento que sí está cubierto por la póliza.
- Pago de un importe imprevisto.
- Cancelación de la póliza por edad o por estado de salud (OCU, 2022).

El desconocimiento que una gran parte de los asegurados tiene de su seguro sanitario, como consecuencia del lenguaje técnico y complejo utilizado, así como de la falta de transparencia y claridad en las pólizas que las compañías comercializan, da lugar con cierta frecuencia a que el asegurado desconozca las **limitaciones** de su póliza en el momento en que va a hacer uso de ella y no en el momento de su contratación. Este hecho genera reclamaciones de los asegurados a los prestadores, provoca que empeore la imagen que el asegurado tiene de la prestación recibida y hace que el asegurado pierda confianza en su compañía aseguradora.

Otro aspecto a tener en cuenta es el **incremento continuo del precio de la prima**, el cual suele venir motivado porque el asegurado hace un elevado uso de su seguro, bien por su estado de salud o por su edad avanzada. En casos concretos, se puede llegar a producir también la expulsión del asegurado por los dos motivos mencionados.

La **no autorización** de una prueba o tratamiento que sí está cubierto por la póliza también puede darse en algunas ocasiones, especialmente si se trata de un proceso asistencial con un elevado coste. En este caso, sin perjuicio de que el asegurado reciba finalmente el tratamiento más adecuado, pueden existir demoras en el proceso de autorización o cierto intervencionismo por parte de algunas compañías aseguradoras en la gestión de la prestación del servicio que llevan a cabo los operadores.

Toda esta situación posiciona a los asegurados en una **situación de desventaja** frente a las compañías aseguradoras y a los prestadores de servicios sanitarios. En este caso, se echa en falta que el sistema privado de salud no sea más proactivo en trasladar a los ciudadanos de forma clara, sencilla y transparente los diferentes aspectos que regularán su relación.

Hay que tratar de **curar**
a los asegurados cuando
enferman y de cuidarlos
cuando están sanos



Evolución de las coberturas sanitarias de los seguros

En los últimos años los ciudadanos se preocupan cada vez más por su salud y por mantener estilos de vida saludables. Esta evolución por parte de los ciudadanos debería traducirse también en una transformación de las actuales pólizas de asistencia sanitaria hacia verdaderas pólizas de salud, que promuevan la prevención de enfermedades y la puesta en marcha de programas de hábitos de vida saludable.

El seguro de salud debería enfocarse más al cuidado de las personas a largo plazo, pero la realidad es que la mayor parte de las pólizas existentes en nuestro país son de asistencia sanitaria y no de salud. Las compañías aseguradoras deberían trabajar más en evitar que sus asegurados enfermasen, lo que tendría un doble impacto: por un lado, mejoraría su salud y, por otro, y como consecuencia de lo anterior, se reduciría la frecuentación y la siniestralidad de las pólizas.

En definitiva, se trataría de curar a los asegurados cuando enferman y de cuidarlos cuando están sanos.

Características del entorno de los seguros privados de salud

El **gasto sanitario** viene incrementándose en los últimos años como consecuencia del envejecimiento de la población y de la cronicidad de las enfermedades. Este incremento del gasto se espera que sea más elevado en los próximos años, como consecuencia de la evolución de la asistencia sanitaria hacia tratamientos cada vez más personalizados (ej. abordaje contra el cáncer), y al uso de tecnología de última generación (ej. protonterapia), que tienen un indudable impacto positivo en la salud del paciente, pero que incrementan los costes de forma notable.

Los prestadores de servicios de asistencia sanitaria (hospitales, centros médicos y médicos independientes) están realizando una apuesta clara por incorporar los tratamientos y la tecnología más innovadora, poniéndola a disposición de los pacientes gracias a la inversión que realizan tanto en equipamiento como en especialistas que desarrollan técnicas punteras. Sin embargo, si el asegurado no se beneficia de esta innovación, no tiene razón de ser el seguir apostando por una asistencia que proporciona al paciente mejores resultados en sus tratamientos. Es por ello, **que se debería regular que las compañías aseguradoras incorporen a sus pólizas, en unos plazos de tiempo más cortos, los avances que están llevando a cabo los prestadores.**

Al incremento del gasto puramente sanitario que tienen y deben asumir los operadores privados con el fin de ofrecer una atención sanitaria puntera y de calidad, se suma el incremento de los costes derivados de la **elevada inflación** que actualmente se está produciendo.

Existencia de baremos muy bajos

La mayoría de pólizas demoran la incorporación a sus coberturas de los tratamientos y la tecnología más innovadora

Estos incrementos de los costes vienen además acompañados de unos **baremos, que las compañías aseguradoras pagan a los prestadores, muy bajos** y que afectan especialmente a los médicos independientes, los cuales tienen limitada su capacidad de negociación frente a las aseguradoras. Esta situación está propiciando que los médicos se estén agrupando en asociaciones para su defensa, las cuales están empezando a cobrar fuerza en algunos territorios.

Los prestadores de asistencia sanitaria consideran que los actuales baremos con los que cuentan no permiten mantener su nivel de compromiso en relación con la actualización de los medios materiales, tecnológicos y humanos necesarios para mantener **la calidad de sus prestaciones**, que siempre ha sido y deberá seguir siendo su razón de existir. En este sentido, los baremos que actualmente pagan las compañías aseguradoras a los prestadores están por debajo, por ejemplo, de los precios fijados por las diferentes comunidades autónomas por los servicios y actividades sanitarias cuando existen terceros obligados al pago.

Esta situación está provocando un **ahogo progresivo de los prestadores del servicio**, comprometiendo sus cuentas de resultados, especialmente las de aquellos prestadores más pequeños y con menor capacidad de negociación.

Promoción y comercialización de pólizas con coberturas limitadas a precios excesivamente bajos

Toda esta situación está **generando tensiones** importantes en las **negociaciones** entre las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios de asistencia sanitaria. En los últimos años se ha producido una **concentración importante del sector hospitalario**, mediante la adquisición por parte de los grandes grupos de otros centros existentes y la construcción de nuevos hospitales, así como el desarrollo de proyectos de mejora y ampliación de instalaciones y equipamiento tecnológico, junto a la incorporación de nuevas especialidades y tratamientos.

Este hecho ha provocado una evolución diferente en la relación entre los prestadores de los servicios sanitarios y las compañías aseguradoras, la cual depende en gran medida del mejor o peor posicionamiento de unos y otros en función del momento y del territorio. El **proceso de concentración** experimentado en los últimos años en la prestación ha hecho que más del 90% del mercado del sector de los hospitales privados con ánimo de lucro está en manos de las 10 primeras compañías. Por tipología de cliente, las compañías aseguradoras representan el 64% de la facturación de los hospitales privados no benéficos, seguido de los concertos públicos con el 26% y el cliente privado puro que representa el 10%⁶.

Como se mencionaba, la relación entre las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios sanitarios es compleja y no está exenta de tensiones. En este sentido, algunos operadores de asistencia sanitaria se “quejan” de algunas prácticas llevadas a cabo por determinadas compañías aseguradoras, en donde estas últimas tratan de intervenir en la gestión de la prestación del servicio sanitario


que llevan a cabo los operadores, con el fin de imponer su criterio sobre que pruebas o que tratamiento se deben prescribir y autorizar.

Por otro lado, las compañías aseguradoras están **trasladando el riesgo** de su negocio a los operadores a través del establecimiento de **cápitas**. En este caso, el pago que realizan las compañías aseguradoras a los distintos prestadores se establece en función del número de asegurados a atender, independientemente de la actividad asistencial realizada. Este hecho distorsiona la prestación de la atención sanitaria, perjudica a los operadores y **limita la capacidad de elección del asegurado** al concentrarse la oferta en unos pocos prestadores. Ejemplos de este modelo de funcionamiento son los análisis clínicos o los tratamientos de pacientes oncológicos.

A toda esta situación de incremento de los costes, de baremos bajos y de tensiones entre las compañías aseguradoras y los prestadores de los servicios sanitarios, hay que sumar una tendencia reciente y creciente en los últimos años en el sector de los seguros de salud, como es la **promoción y comercialización de pólizas de salud con coberturas limitadas a precios excesivamente bajos**, lo que ha permitido la democratización del sistema privado de salud al que está accediendo un mayor número de ciudadanos que hasta ahora no se habían planteado la contratación de un seguro.

Por otro lado, se está produciendo un **cambio en el modelo de contratación y utilización del seguro** de salud en donde los ciudadanos contratan su seguro para hacer un uso inmediato del mismo.

⁶ DBK, Clínicas Privadas, 2021.

A photograph showing a doctor's hands holding a patient's hands, with a stethoscope resting on a white surface. The doctor's hands are positioned over the patient's hands, symbolizing care and support. A stethoscope is visible in the background, resting on the white surface. The overall scene is set against a clean, white background, emphasizing the medical and caring nature of the interaction.

Con el fin de asegurar la sostenibilidad del sistema se hace necesario **concienciar a los ciudadanos del coste real** de la asistencia sanitaria

Estos dos hechos están dando lugar a un **aumento significativo de la frecuentación** de los servicios de asistencia sanitaria, lo que está **empeorando y dificultando la accesibilidad** de los pacientes a la asistencia sanitaria privada en algunas especialidades. Asimismo, este aumento de la frecuentación está generando un **incremento de la siniestralidad** de las compañías aseguradoras.

Este incremento de la siniestralidad viene también motivado, en parte, por la notoriedad e importancia de las **pólizas colectivas**, las cuales cuentan con mejores condiciones que las pólizas individuales, al integrar a un número elevado de asegurados. En este caso, las pólizas colectivas suelen contar con un precio de la prima bastante inferior al de las pólizas individuales, incluyen un mayor número de coberturas y, por lo general, no tienen periodos de carencia.

Ante esta situación, y con el fin de mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria privada, el sector asegurador debería evolucionar hacia una mayor **segmentación de sus asegurados**. Esta mayor segmentación de clientes debería

ir acompañada de una **mejor coordinación con los prestadores**, con el objetivo de poder ofrecer una atención de calidad adecuada a cada uno de los diferentes segmentos de asegurados.

Por todo ello, si se quiere continuar prestando una atención sanitaria comprometida con la calidad, con los últimos avances en tecnología y tratamientos, y con los mejores profesionales, se deberían revisar las bases y condiciones de la relación entre los tres principales agentes implicados en el sector sanitario privado como son las compañías aseguradoras, los prestadores de la atención sanitaria y los asegurados.

Con el fin de **asegurar la sostenibilidad del sistema** se hace necesario **concienciar a los ciudadanos del coste real** de la asistencia sanitaria para poder **ajustar los precios del seguro**, incrementar de forma progresiva **los baremos** pagados por las compañías aseguradoras a los prestadores, **mejorar la eficiencia** de los procesos asistenciales y **equilibrar la estructura asistencial a la oferta aseguradora**.

Entorno actual de los profesionales sanitarios

La **sanidad privada** emplea a un total de **373.400 profesionales** aproximadamente, siendo la mayor cifra de ocupados desde que hay registros en el ámbito de la sanidad y que supone un incremento del 36% respecto a la situación existente hace diez años⁷.

A nivel de médicos, y a pesar de que el número de facultativos por 1.000 habitantes ha aumentado en los últimos años situándose en 6,98 médicos por cada 1.000 habitantes en 2021⁸, la necesidad de médicos actual es mayor que la existente hace unos años principalmente por el **aumento de la esperanza de vida** y por la **cronicidad de las enfermedades**, lo que provoca una mayor demanda de los servicios sanitarios.

A este hecho hay que añadir nuevos factores que están afectando en la actualidad a la mayor demanda de médicos en nuestro país y que se prevé afecten más en el futuro como son:

- **Jubilaciones previstas** de profesionales sanitarios en los próximos años: se prevé que España pierda 80.000 médicos por jubilación en los próximos diez años, a una media anual de entre 7.000 y 8.000 médicos por año⁹. Uno de cada tres médicos activos (el 33,8%) tiene más de 55 años, lo que provocará una carencia de médicos que la lenta incorporación de nuevos profesionales no cubrirá.
- **Los bajos baremos** que pagan las aseguradoras privadas no incentivan la incorporación de nuevos profesionales a la sanidad privada.
- **Emigración a otros países** que ofrecen mejores condiciones laborales. Según el cálculo realizado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos¹⁰, en los últimos diez años han emigrado unos 18.000 facultativos, motivado fundamentalmente por las precarias condiciones laborales existentes en España.
- **Cambio sociológico** de los profesionales, donde la conciliación ha ganado peso respecto a generaciones pasadas. Este hecho provoca, por un lado, que un menor número de profesionales deseen compaginar la actividad pública y la privada y, por otro lado, que esté desapareciendo el médico-empresario, figura clave en la medicina privada en las últimas décadas.

A esta situación hay que añadir que uno de cada tres médicos está insatisfecho, siendo los principales motivos de su descontento la carga asistencial (65,2%), el nivel de exigencia (32,9%) y el cansancio emocional (55,7%)¹¹.

Insatisfacción del colectivo médico por, entre otros, los **bajos baremos** y la **elevada carga asistencial**

⁷ ASPE. Informe Análisis de la Sanidad Privada Española.

⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE), Profesionales sanitarios colegiados.

⁹ Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada.

¹⁰ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

¹¹ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), Encuesta sobre la situación de la Profesión Médica en España, 6º muestreo (junio 2020).

Se prevé que en el año 2027 habrá un déficit de aproximadamente **9.000 profesionales**

Tal como se ha mencionado con anterioridad en el informe, y en base a la situación actual del colectivo médico, algunos médicos independientes que cuentan con escaso poder de negociación frente a las compañías aseguradoras, están comenzando a agruparse en asociaciones para su defensa, algunas de las cuales están empezando a cobrar fuerza en algunos territorios.

Según el documento “Informe Oferta-Necesidad de Especialistas 2021-2035”¹², en el año 2027 habrá un déficit de aproximadamente **9.000 profesionales** para todas las especialidades y para ambos sectores, público y privado. En la actualidad, se estima que las especialidades con mayor déficit son Medicina Familiar y Comunitaria, Anestesiología y Reanimación, Geriátrica, Psiquiatría y Radiodiagnóstico, mientras que Obstetricia y Ginecología, Cirugía Torácica, Medicina Interna Cirugía Cardiovascular y Análisis Clínicos y Bioquímica son las que cuentan con un menor déficit.

Desde diferentes instituciones se está pidiendo que se **incremente la cifra de unidades docentes**, así como un **aumento del número de plazas de formación por el sistema de residencia** ante la falta de profesionales y las jubilaciones que se van a producir en los próximos años.

Cada año terminan la carrera alrededor de **6.000 estudiantes**¹³ y la cifra encaja con los médicos que se jubilan anualmente, de manera que se podría producir el relevo generacional.

Sin embargo, la fuga de profesionales a otros países, así como otros factores comentados como el aumento de la esperanza de vida, la cronicidad de las enfermedades o la importancia de la conciliación hace que se precise de un mayor número de profesionales.

A todo ello hay que añadir la escasez de docentes, agravada por las jubilaciones previstas, estimándose un déficit de **3.817 docentes**¹⁴, según la Conferencia Nacional de Docentes de Facultades de Medicina (CNDFME).

Una vez superada la universidad, los estudiantes deben especializarse a través del sistema de formación de especialistas médicos. En la última convocatoria, las especialidades más demandadas fueron Cardiología, Dermatología y Cirugía Plástica. Sin embargo, quedaron sin cubrir 218 plazas, de las que 200 correspondían a médico de familia, una especialidad poco atractiva por el menor sueldo, los horarios y en general, por las malas condiciones de trabajo.

Por otro lado, el atractivo de las plazas es muy heterogéneo, ya que la distribución territorial responde a los determinantes de la oferta y a las características de los puestos abiertos a contratación sobre todo entre ciudades grandes y pequeñas. Aunque el número global de profesionales disponibles en el país fuera adecuado, no se cubrirían las plazas poco atractivas, salvo que se ofrezcan otros incentivos más adecuados y potentes, tanto profesionales como económicos.

Déficit de **3.817 docentes**

¹² Ministerio de Sanidad.

¹³ Oficina Europea de Estadística (Eurostat).

¹⁴ Conferencia Nacional de Docentes de Facultades de Medicina.



Las migraciones de médicos tienen un importante papel en el sistema de salud en España, a donde llegan médicos desde otros países para especializarse o para ejercer. En 2021 se homologaron **4.293 títulos de médicos**¹⁵, contando España con la gran ventaja de ser atractiva para médicos latinoamericanos, que no se enfrentan a barreras de lenguaje.

En base al escenario descrito, el sector privado debe adaptarse a la nueva realidad, **promoviendo y potenciando la formación en sus hospitales** y estableciendo nuevos **sistemas de gestión para la captación y retención del talento**.

Hasta ahora, el sector hospitalario privado cuenta con **60 hospitales con acreditación docente** pero únicamente ofrece el **3% de las plazas ofertadas por el sistema de residencia**¹⁶. Por especialidad, Medicina Interna, Anestesiología y Reanimación, y Cirugía Ortopédica y Traumatología son las especialidades con un mayor número de plazas ofertadas en los hospitales privados.

Al margen de los profesionales médicos, otro colectivo del que se precisa de un mayor número de efectivos es el de enfermería. En este sentido, se estima que un 95% de los hospitales privados tiene una necesidad media-alta de contratación de personal de enfermería, frente al 58% en el caso de los médicos¹⁷.

Al igual que los médicos, el personal de enfermería está **emigrando a otros países** por las malas condiciones laborales es el de enfermería. En este sentido, España cuenta con un colectivo de enfermería muy valorado y con un **alto grado de especialización**. A pesar de ello, las condiciones que encuentran en otros países son significativamente mejores que las ofrecidas en nuestro país. No obstante, el personal de enfermería, al igual que los profesionales médicos, valora de forma significativa la **conciliación** y es ahí donde la sanidad privada puede ofrecer un modelo más flexible que la sanidad pública. Asimismo, el colectivo de enfermería está comenzado a ver las posibilidades de desarrollo y carrera profesional en la sanidad privada, valorando las **técnicas complejas** que a día de hoy se desarrollan en los hospitales privados y el **equipamiento tecnológico puntero** que se utiliza.

¹⁵ Ministerio de Sanidad. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas 2021-2035.

¹⁶ ASPE. Informe Análisis de la Sanidad Privada Española.

¹⁷ ASPE. Radiografía del impacto de la COVID-19 en el sector hospitalario privado.

El mutualismo administrativo

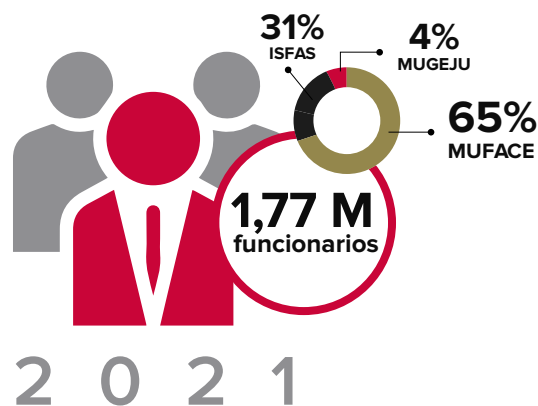
El mutualismo administrativo es un mecanismo de cobertura del Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios del Estado. Dentro de este mecanismo de protección existen 3 grandes mutualidades:

- Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).
- Mutualidad General Judicial (MUGEJU).
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas (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.

Para las compañías aseguradoras, estos conciertos tienen la ventaja de que les proporcionan una gran masa de asegurados, pero también tienen inconvenientes como son:

- No pueden seleccionar riesgos, ya que son los funcionarios quienes libremente eligen aseguradora.
- La prima es capitativa, es decir, que la aseguradora recibe una cantidad fija per cápita independiente del número o naturaleza de los servicios prestados a cada paciente.
- Las actualizaciones de las primas no alcanzan a cubrir los incrementos de los gastos de la atención sanitaria derivados del envejecimiento de la población asegurada, la cronicidad de las enfermedades, el aumento de la frecuentación y la inflación, entre otros.



Bajo este modelo, los funcionarios pueden elegir, de forma libre y voluntaria, si quieren ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud o por una entidad aseguradora con el mismo nivel de prestaciones. En 2021 optaron por la asistencia privada 1,77 millones de funcionarios, correspondiente el 65% a MUFACE, el 31% a ISFAS y el 4% a MUGEJU¹⁸.

La evolución del número de mutualistas en los últimos años está sumida en una **tendencia decreciente** que comenzó en 2012. Tal y como se ha mencionado al comienzo del presente documento, el número de mutualistas ha pasado de suponer 1,97 millones de mutualistas en 2012 a 1,77 millones en 2021, lo que supone un descenso aproximado de 200.000 mutualistas en los últimos 10 años¹⁹.

A 31 de diciembre de 2020, según los últimos datos disponibles de MUFACE, del total del colectivo nacional asegurado, un 76,3% (1.132.378 personas) estaba adscrito a alguna de las entidades de seguro de asistencia sanitaria, mientras que el 23,7% (351.251 personas) optaron por el sistema sanitario público²⁰.

La siniestralidad de los mutualistas se sitúa por encima del 100%

¹⁸ ICEA. El Seguro de Salud 2021.

¹⁹ ICEA. El Seguro de Salud 2012-2021.

²⁰ MUFACE. Memoria 2020.

A pesar del deterioro de la sanidad pública y de su consecuente aumento de las listas de espera, el porcentaje de mutualistas se ha ido reduciendo en los últimos años, pasando de representar el 80,3% en 2016 al 76,3% actual, lo que supone una disminución de cuatro puntos porcentuales de los funcionarios que se decantan por recibir la asistencia sanitaria a través de una entidad aseguradora privada.

Esta reducción del porcentaje de mutualistas que optan por recibir atención a través de compañías aseguradoras privadas puede venir motivada, entre otras causas, por las dificultades que encuentran algunos mutualistas en acceder a la prestación sanitaria. En este sentido, en los últimos meses se está produciendo una reducción del número de hospitales privados que atienden a mutualistas con motivo de los bajos baremos que las compañías aseguradoras pagan a los prestadores por este colectivo asegurado.

En términos económicos, el mutualismo administrativo es un modelo que aporta eficiencia en la prestación de un servicio público, ya que el gasto per cápita de la población cubierta es sustancialmente inferior al gasto sanitario público per cápita. En este sentido, se estima que la prima media de MUFACE se situó en 2019 en 917 euros anuales por asegurado, mientras que el gasto sanitario público per cápita de ese mismo año fue de 1.464 euros (no incluye gasto farmacéutico ni el gasto destinado a mutualidades), lo que supone un ahorro de 547 euros por mutualista para la Administración²¹.

Esta diferencia dificulta y hace inviable el hecho de que las compañías aseguradoras puedan ofrecer unos baremos adecuados a los operadores de asistencia sanitaria para la atención de los mutualistas. En este sentido, el ahorro que genera el sistema del mutualismo administrativo dista mucho del fijado en la renovación de 1991; en donde se indicaba la intención de la Administración de establecer un precio, para los beneficiarios que optasen por cobertura a través de las aseguradoras concertadas, equivalente al 90% del coste medio de la asistencia en la Sanidad Pública, porcentaje muy alejado del 63% que representa en la actualidad.

Por otro lado, la siniestralidad del mutualismo administrativo registró en 2021 un valor de 102,1%, lo que supone que el importe de las prestaciones pagadas por las compañías aseguradoras fue superior al volumen de primas. En los últimos 5 años, la siniestralidad del mutualismo se ha situado en valores cercanos al 100%, salvo en 2021 que cayó hasta el 91%. En comparación con la siniestralidad de las pólizas de asistencia sanitaria (sin incluir el mutualismo administrativo), se observa una diferencia que oscila entre el 35% y el 43%²².

Ante esta situación es necesario abordar el futuro de la evolución del mutualismo administrativo, evolución que se antoja complicada por motivos principalmente ideológicos y que podría concluir con su desaparición. Los problemas de financiación han motivado la retirada del mutualismo de determinadas aseguradoras y hace que aquellas que actualmente mantienen el modelo, puedan llegar a plantearse su continuidad si no se produce un cambio de rumbo.

Es un modelo que precisa de **mayor financiación**

Parece importante dedicar los esfuerzos necesarios para revisar el modelo por todos los estamentos implicados, empezando por la Administración, cuya desaparición, consideraciones ideológicas aparte, produciría un aumento de los problemas del sector público al tener que atender a más de 1,77 millones de personas más. Por otra parte, pondría en peligro la existencia de centros hospitalarios ubicados en muchos núcleos de población medianos y pequeños que, sin la asistencia de los beneficiarios del sistema mutualista, verían seriamente amenazada su supervivencia.

²¹ Fundación IDIS. Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2022.

²² Fundación IDIS. Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2022.

La transformación y salud digital

El concepto de **Salud Digital** (eHealth en su denominación en inglés) hace referencia al conjunto de procesos y actividades relacionados con la medicina que contienen en parte o en su totalidad herramientas digitales y/o tecnológicas. Se prevé que este concepto experimente una evolución natural, conforme se vaya avanzando en la investigación y en la innovación tecnológica, incorporando nuevas dimensiones y herramientas en el marco de la salud digital, a medida que vayan surgiendo y estén disponibles para su uso.

Así, actualmente podemos afirmar que la **salud digital** está configurada por siete grandes modalidades:

- Telemedicina, o práctica asistencial en remoto.
- Automatización de procesos y servicios.
- mHealth, o aplicaciones móviles para la mejora y control de la salud.
- Wearables o dispositivos electrónicos para la monitorización de los indicadores de salud.
- Realidad virtual, para la simulación de intervenciones quirúrgicas.
- Realidad aumentada, para añadir más elementos o información a lo que vemos a simple vista.
- Big Data e Inteligencia Artificial para perfeccionar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento personalizado del paciente, así como para mejorar la prevención.

La resolución de la OMS sobre Salud Digital (2018) pedía una transición rápida a la tecnología de salud digital en el mundo, lo que significa que **los países no solo deben adquirir la tecnología, sino escalarla para llegar al mayor número de personas.**



Los países no solo deben adquirir la tecnología, sino escalarla para llegar al mayor número de personas

Desde entonces, todos los países del mundo se han apresurado a adoptar tecnologías digitales e inteligencia artificial en todos los aspectos de la vida y, en particular, **la atención médica para mejorar la calidad de la prestación de la atención, reducir las inequidades en salud y reducir los costes.**

Sin embargo, hasta la fecha, no todos los países han logrado el mismo progreso en esta dirección, principalmente porque la salud digital (que empodera al individuo) y los sistemas de eSalud (que mejoran la eficiencia del trabajo del proveedor de atención sanitaria) dependen de la **conectividad a internet, de la financiación y de la consecución de datos precisos y oportunos necesarios para el aprendizaje automático.**

En España, nuestro sistema sanitario está empezando ya a sufrir una importante **transformación digital**. Sin embargo, y según los expertos, el principal escollo a superar es el **tratamiento de los datos clínicos**, para lo que se precisa una modulación y flexibilidad de la normativa vigente (Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, LOPDPGDD).

En 2012 se creó en nuestro país el índice SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud) para valorar la implantación de las TIC en la sanidad pública española. Este índice se publica de forma anual y en el de 2021 se constata el **aumento de la actividad en materia de salud digital** como consecuencia de la pandemia COVID 19.

Recientemente, FENIN ha publicado su índice de Madurez Digital en Salud y como conclusión se extrae que en los aspectos más sencillos la digitalización se ha completado de forma satisfactoria, pero **la implantación de tecnologías digitales avanzadas es aún insuficiente**, siendo la madurez digital de los servicios de salud un 31,7%, aunque hay que destacar que la de los profesionales sanitarios es de un 41,3% y la de los pacientes tan solo un 22,8%²³.

Respecto al uso del **big data y de la inteligencia artificial**, el sector sanitario se va a beneficiar enormemente del desarrollo de ambas, lo que permitirá mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, así como desarrollar nuevos medicamentos y fomentar la medicina personalizada y domiciliaria, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

No obstante, el uso del big data y de la inteligencia artificial también presenta ciertos riesgos como la **privacidad de los datos y la no discriminación de pacientes**. Es por ello que la **bioética** juega un papel fundamental en la transformación digital del sistema sanitario. Dado que en el contexto de la medicina pueden surgir problemas éticos durante la interacción entre el individuo y el proveedor de atención

sanitaria, la gestión de políticas de salud y el acceso a la salud digital, se hace fundamental avanzar hacia estándares de una atención médica más equitativa y ética, en donde se debe poner al **paciente en el centro del sistema**, velando por su **salud e integridad**.

Por otro lado, la **interoperabilidad** es otro **aspecto fundamental** en la transformación tecnológica del sistema sanitario, entendida como la capacidad de los sistemas de tecnología, información y comunicación, y de los procesos que estas soportan, de intercambiar datos y compartir información y conocimiento.

La interoperabilidad facilita el tránsito del paciente por el sistema sanitario, aumentando la seguridad del paciente y mejorando la calidad de la atención y la continuidad asistencial. Por ello, es fundamental que los diferentes sistemas de salud puedan intercambiar información y transferirla de un sistema a otro que permitan mejorar la atención, evitar la duplicidad de pruebas, reducir los retrasos en los diagnósticos, reducir tiempos de espera y evitar posibles daños.

En nuestro país, la Fundación IDIS ha desarrollado en los últimos años un proyecto de **interoperabilidad de la historia clínica digital en la sanidad privada**, iniciativa que se materializará en una plataforma a través de la cual el paciente podrá acceder a su historia clínica y dar acceso a los profesionales a esa información, con independencia del centro en el que se encuentre y siempre que este esté integrado en dicha plataforma.

²³ Índice FENIN de Madurez Digital en Salud 2020.



El objetivo de este proyecto es mejorar las condiciones de acceso de los pacientes a su historia clínica, evitar duplicidades e ineficiencias y ofrecer una mejor asistencia y mayor seguridad al paciente, aprovechando al máximo los recursos. La interoperabilidad sobre la que nace esta iniciativa es imprescindible para que haya una continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos del sector sanitario y entre los distintos niveles, todo ello en beneficio del paciente.

A nivel público, el Ministerio de Sanidad ya ha sentado las bases para dar forma a un nuevo modelo de historiales clínicos que se integrará en el SNS, que garantice que los documentos sean interoperables y estén al alcance de los principales centros que conforman la red sanitaria. Para eso, ya han avanzado que actualizarán el **Real Decreto de 2010** que establece los datos mínimos que deben figurar en los informes.

El Real Decreto que se aprobó en 2010 establece el conjunto mínimo de datos que deben figurar en los informes clínicos, independientemente de si su soporte es **electrónico o en papel**. Entre los documentos afectados, se incluye a las altas, las **consultas externas, las urgencias, la Atención Primaria, las pruebas de laboratorio y de imagen, los informes de cuidados de enfermería o la historia clínica resumida**.

Sin embargo, esta **actualización no contempla, a priori, la incorporación de los hospitales privados**, lo que deja fuera a los pacientes usuarios de la sanidad privada, lo que sería actuar a contracorriente de las recomendaciones de Europa en términos de digitalización de la sanidad. La continuidad asistencial, que es clave para la mejora de la atención sanitaria y el aprovechamiento de los recursos disponibles, no es posible sin que el intercambio de información incluya a todos los agentes que forman parte del sistema.

Es por ello, que se hace necesario que la actualización del Real Decreto de 2010 incluya a la sanidad privada en el proceso de digitalización e interoperabilidad del sistema sanitario en **beneficio del paciente**.

Por otro lado, y respecto a la **telemedicina**, España está a la cabeza en su implantación. De media a nivel internacional, según las encuestas recientemente publicadas, un 39% de pacientes han realizado alguna vez teleconsulta. **España, sin embargo, ha superado esta cifra contando con un 62% de pacientes que han optado por una teleconsulta**, permaneciendo

en casa para consultas por vía telemática. Esta cifra sitúa a España por encima de Canadá, Reino Unido, Alemania, Italia o Francia.

La 'Radiografía Savia de la Salud Digital', un estudio de Savia, la plataforma de telemedicina de Mapfre, que tiene como objetivo obtener una visión general del uso de la medicina online en España, asegura que **7 de cada 10 españoles han usado la telemedicina durante 2021, según datos propios. El perfil de usuario más habitual es el de mujer, joven, urbanita y con formación superior**²⁴.

En cuanto a los servicios de salud digital que más han utilizado los pacientes, destaca la receta digital con un 38%. Le sigue la monitorización a través de dispositivos electrónicos (26%), como pueden ser los relojes inteligentes, el chat médico (16%), la videoconsulta (13%) y el evaluador de síntomas (9%).

Según asegura el citado estudio, **se espera que casi el 80% de usuarios cree que utilizará algún servicio de salud digital en los próximos 12 meses**. Los jóvenes destacan como el perfil más abierto a adquirir estos servicios, sobre todo aquellos relacionados con la monitorización de salud, con un 34% respecto a la media general.

Además de la atención general, los encuestados ponen especial interés en que **las plataformas de salud digital dispongan de consultas con médicos especialistas** y puedan optar a segundas opiniones médicas.

En los beneficios que perciben los usuarios de los servicios de salud digital, se observa que el 85% de los encuestados ven la conveniencia como el principal motivo para utilizar herramientas de telemedicina. **El ahorro de tiempos de espera, la gestión de trámites, así como evitar el desplazamiento a los centros de salud y la rapidez de respuesta**, son los beneficios más destacados. La atención personalizada y un cuadro médico amplio también repuntan como uno de los beneficios percibidos de salud digital por un 55%.

El 24% de las personas consultadas señalan **no poder ser atendidos de forma directa con especialistas** como uno de los factores principales que restan atractivo a las plataformas de salud digital. **La falta de trato personalizado y el seguimiento por un mismo profesional** son otros de los inconvenientes mencionados.

La telemedicina está modificando la estructura del sistema privado de salud en nuestro país. Por una parte, ha atraído al sector a nuevas empresas, algunas del sector de las telecomunicaciones que tradicionalmente no estaban en salud, o multinacionales que entran en España en el sector privado de salud a través de la telemedicina. Por otra parte, se está produciendo una integración vertical de las empresas que ya estaban en el sector como compañías aseguradoras y grupos hospitalarios. De esta forma, hoy podemos encontrar prestadores en España de telemedicina tales como:

- Compañías aseguradoras que ofrecen directamente servicios de telemedicina a sus asegurados.
- Hospitales privados que ofrecen servicios de telemedicina a nuevos clientes mediante el pago de una cuota mensual, además de ofrecer teleconsultas a los pacientes procedentes de las compañías aseguradoras.
- Compañías del sector de las telecomunicaciones que ofrecen los servicios de telemedicina directamente como Movistar o mediante alianzas con compañías aseguradoras como Orange con Mapfre o Vodafone con Caser. En el caso de las alianzas con compañías aseguradoras, estas no se limitan únicamente al campo de la telemedicina.
- Plataformas de telemedicina que ofrecen servicios tecnológicos a los prestadores y también son prestadores como Mediquo.

Tras analizar los diferentes **servicios** ofrecidos actualmente por los prestadores de telemedicina podemos concluir que son **muy heterogéneos** por las siguientes razones:

- Algunas empresas proporcionan videoconsulta para urgencias 24 horas, 365 días mientras otras limitan los días y horas para la prestación del mismo servicio.
- Algunas empresas proporcionan servicios sólo de Medicina General, otras ofrecen sólo algunas especialidades.
- Sólo una empresa ofrece monitorización a domicilio.
- La mayor parte ofrecen servicios de Psicología y programas de nutrición.
- Sólo una empresa ofrece análisis clínicos a domicilio limitándolo a 2 extracciones/año.
- Sólo una empresa ofrece medicamentos a domicilio limitándolo a 3 entregas/año.
- Sólo una empresa ofrece fisioterapia a domicilio limitándolo a 6 sesiones/año.
- El precio del servicio cuando el prestador es una compañía aseguradora se incluye en la prima, mientras que si es otro tipo de prestador los precios son similares (6-7€/mes).

Ante esta nueva estructura de prestadores se hace necesario analizar los **posibles cambios** que se pueden producir en el sector de la sanidad privada, considerando aspectos como:

- Nuevo target de clientes.
- Segmentación de clientes.
- Nuevos modelos de aseguramiento.
- Revisión de la cartera de servicios/segmento.
- Acceso a las innovaciones.



Como **experiencia internacional** reciente destaca el caso de Amazon, que ha lanzado un servicio de telemedicina para dar servicios a distancia en diferentes patologías comunes. Bajo el nombre **Amazon Clinic**, el nuevo servicio estará disponible en 32 estados de Estados Unidos. Los pacientes y médicos que forman parte de Amazon Clinic se comunican a través de mensajes. Por ahora, el servicio no acepta seguros médicos, pero los clientes pueden usar sus planes médicos para pagar parte de los medicamentos prescritos desde la plataforma. Para ello, Amazon asegura que las farmacias convencionales los aceptará, pero también su servicio Amazon Pharmacy. La mayor preocupación de los reguladores y legisladores americanos es sobre como utilizará y protegerá la compañía la información sensible de los pacientes. En la presentación de su nuevo producto, la compañía afirmó que cuenta con estrictas políticas de privacidad de los clientes y cumple con todas las leyes y reglamentos aplicables.

En definitiva, y como conclusión de la salud digital y la transformación digital, son muchos los beneficios que la salud digital proporciona tanto al paciente como para los sistemas de salud y para los profesionales sanitarios, sin embargo, **para avanzar se hace necesario hacer frente todavía a muchas dificultades**, planteando nuevas necesidades entre las que podemos destacar:

- Establecer con **calidad y transparencia los servicios de salud digital** que se incluyen en las pólizas de seguros de salud y en los pagos mensuales a otros prestadores.
- **Humanizar** el modelo de salud digital, eliminando barreras y fomentando la equidad en el acceso. Es vital el sistema híbrido, es decir, contar con la posibilidad de una asistencia presencial garantizada si fuese necesario, pues no todo se puede tratar de forma virtual.
- **Encontrar el equilibrio en el uso de los datos entre la protección, la privacidad** y la comparación para una óptima atención y la investigación clínica. Protección frente a ciberataques.
- Fomentar el acceso a la **información a través de la interoperabilidad e interconectividad** de los sistemas público y privado mediante una arquitectura convergente.
- Crear indicadores universales homogéneos para la medición y control de los resultados sanitarios.
- Establecer programas de formación sobre los nuevos modelos y herramientas digitales tanto para los profesionales como para los pacientes y cuidadores.

La atención social y sanitaria

El aumento de la **esperanza de vida** y el envejecimiento de la población está provocando una inversión progresiva de la pirámide de población de nuestro país, haciendo que el porcentaje de personas mayores sobre la población total cada vea sea más elevado.

La **esperanza de vida en España se sitúa en los 83,07²⁵ años**, siendo de 80,27 para los hombres y de 85,83 para las mujeres. La evolución de la esperanza de vida al nacer ha sido favorable hasta 2021, aumentando en 3,73 años, ya que se ha incrementado de los 79,34 años registrados en el año 2000 hasta los 83,07 actuales. En cuanto a la esperanza de vida en buena salud, se establece en 66,3 años, siendo igual para mujeres que para hombres²⁶.

Por encima de nuestro país encontramos a Japón, donde la esperanza de vida global asciende a los 84,4 años y hay alrededor de 80.000 personas que han superado la edad de 100 años. Sin embargo, todo apunta a que eso va a cambiar y a que, **en el año 2040, la esperanza de vida en España será la mayor del mundo²⁷**.

España, al igual que otros muchos países, se encuentra inmerso en un proceso de envejecimiento y en 2020 el 22,9 % de la población tenía más de 65 años, una cifra que en 1960 era de un 8,2 %. Según el INE, en España hay un total de 9,3 millones de personas mayores de 65 años, mientras que, en el año 2050, **las personas mayores de 65 años representarán más del 30,4 % del total de la población (con casi 13 millones)**, superando los octogenarios la cifra de cuatro millones²⁸.

Ante esta situación, la estructura de la población se verá modificada, reduciéndose el peso de la población en edad laboral y de los niños, e incrementándose significativamente el peso de las personas mayores. La población en edad de trabajar, es decir la población entre 20 y 64 años, que actualmente supone el 60,7% del total, pasaría a representar el 53,1% en 2052.

Unido a este envejecimiento demográfico, el patrón de las enfermedades está cambiando desde hace algunos años, produciéndose un **aumento significativo de la cronicidad**, lo que conlleva una mayor demanda de los servicios asistenciales y, por tanto, un **incremento del gasto sanitario**. En este sentido, se prevé que dentro de unos años el gasto sanitario que se precisará para dar cobertura universal en condiciones de equidad será el doble que en la actualidad.

La relación de la edad con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Las **tasas de frecuentación hospitalaria aumentan de forma notable con la edad**, debido a que las personas mayores cuentan con una mayor limitación funcional y una peor salud percibida. En este caso, se estima que las personas mayores suponen el 44,4% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas que el resto de la población, mientras que más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales, se debe a la población mayor, las cuales ya suponen el 54,9%²⁹.

²⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE), 2021.

²⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE), 2020.

²⁷ Foro Económico Global en base a datos del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington.

²⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE).

²⁹ ABELLÁN GARCÍA, Antonio; AYALA GARCÍA, Alba; PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio (2017). "Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15, 48 p.



Asimismo, el aumento de la esperanza de vida y el incremento de las enfermedades crónicas está provocando el auge del número de pacientes que cuentan con varias enfermedades crónicas, es decir, de **pacientes crónicos complejos**.

Estos pacientes se caracterizan por el uso recurrente de los servicios sanitarios y por la frecuencia de los ingresos hospitalarios, muchas veces, de larga duración. De hecho, los costes de atención a este tipo de pacientes se multiplican respecto a los pacientes que cuentan únicamente con una enfermedad crónica. Asimismo, precisan de profesionales diversos para su tratamiento y seguimiento, en donde influye notablemente su situación personal y familiar.

Ante esta situación, nuestro sistema sanitario debe evolucionar **para hacer frente a este nuevo panorama**. Sin embargo, todavía presenta cierta rigidez para adaptarse al mismo y tiene dificultades para ofrecer un adecuado tratamiento y seguimiento de los nuevos perfiles de pacientes.

Por todo ello, se hace necesario un cambio en el enfoque de atención, orientado a proporcionar una **atención social y sanitaria coordinada e integrada**, que sitúe al paciente en el centro del sistema y que permita ofrecerles los recursos más adecuados a sus necesidades en cada momento.

Se trata, por tanto, de ofrecer al paciente una **atención integral en todo su proceso de salud**, así como poner en valor la necesidad de una corresponsabilidad social mediante la colaboración del sector público y privado para alcanzar un marco sostenible que garantice la calidad de vida de las personas mayores y el sostenimiento del estado del bienestar.

Es imprescindible tomar conciencia de que la clave para mejorar la sostenibilidad y solvencia del sistema en su conjunto es la optimización de recursos y dentro de esa estrategia es fundamental la **participación del sector socio-sanitario privado**.

Por ello, tanto en el sistema público como en el privado, se hace necesario el abordaje urgente de esta situación, resolviendo conjuntamente algunos aspectos de carácter asistencial tales como, por ejemplo, solucionar los cuidados intermedios definitivamente y con equidad en su accesibilidad y otros, más preocupantes y difíciles, como la sostenibilidad del modelo socio sanitario para el que se deben encontrar diferentes tipos de soluciones tanto públicas como privadas.

La salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cuatro personas en el mundo tiene o tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida, y **los trastornos mentales serán la primera causa de discapacidad a nivel mundial en el año 2030**. Algunas cifras de la salud mental en España se presentan a continuación:

- El 6,7% de la población tiene cuadros de ansiedad y la misma proporción de los españoles sufren depresión.
- Entre el 2,5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave, lo que supone más de un millón de personas.
- Casi la mitad de los jóvenes españoles de entre 15 y 29 años (48,9%) considera que ha tenido algún problema de salud mental.
- Más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.

En Europa hay 18 profesionales de salud mental por 100.000 habitantes, mientras en España, el ratio de médico por habitante baja a 4,3 por cada 100.000 personas. Con estas cifras, recibir atención psicológica o psiquiátrica es un proceso largo y complicado.

A esta situación se añaden ahora las consecuencias que ha tenido la COVID-19 en la salud mental y en la disponibilidad y acceso a los servicios de salud mental durante la pandemia.

Según la OMS, durante el primer año de la pandemia, ha habido un aumento significativo de problemas de depresión y ansiedad, a lo que hay que añadir que los servicios de salud mental han sido los más interrumpidos y afectados de todos los servicios de salud esenciales en la mayoría de estados miembros de la OMS analizados.

Uno de los principales resultados del estudio es que se confirma un aumento de problemas de salud mental durante la pandemia en la población general. Por otra parte, no se encontró evidencia del efecto de la pandemia sobre un aumento de mortalidad por suicidio, aunque los más jóvenes sí parecen haber sido un colectivo especialmente de riesgo para las conductas suicidas.

Entre los principales factores que han influido en el aumento de problemas de salud mental se destacan la soledad, el miedo al contagio o a la muerte, el duelo por haber perdido un ser querido, y las preocupaciones económicas. En el caso concreto de los sanitarios, el agotamiento físico y mental ha sido también un especial factor de riesgo para pensamientos de suicidio.

³⁰ Confederación de la Salud Mental en España 2022.

³¹ Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022.



La pandemia ha afectado especialmente a la salud mental de los jóvenes, los cuales tuvieron un mayor riesgo de suicidio y autolesiones. También las mujeres y las personas con problemas de salud física tales como el asma, el cáncer, o los trastornos cardíacos, han tenido mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental.

Las personas que previo a la pandemia ya experimentaban problemas de salud mental no han tenido mayor riesgo de contagio, pero si se contagiaron, han tenido mayor gravedad de la enfermedad, mayor número de hospitalizaciones, y mayor mortalidad en comparación con las personas sin problemas de salud mental. Dentro de este grupo, las personas con problemas de salud mental severos y los jóvenes han sido los grupos más afectados por esta morbi-mortalidad.

Al incremento de problemas de salud mental, se ha añadido además interrupciones y limitaciones de acceso en los servicios de salud mental, provocando grandes brechas de atención sanitaria para aquellos que más la necesitan.

La imposibilidad de una atención presencial ha llevado a muchas personas a buscar ayuda a distancia, lo que hace urgente la accesibilidad de instrumentos digitales efectivos y de uso fácil. Sin embargo, el desarrollo y puesta en mar-

cha de intervenciones digitales continúa siendo un desafío en entornos y países de recursos limitados y en personas con bajas habilidades digitales.

Por lo tanto, la salud mental se trata de un problema de primer orden en donde las compañías aseguradoras ya están trabajando. Como consecuencia de la pandemia, se estima que, a nivel mundial, se ha incrementado a un 74% las aseguradoras que ofrecen a sus clientes apoyo en salud mental, reduciéndose del 32% al 26% aquellas que no facilitan ninguna cobertura en este ámbito³².

En España, las compañías aseguradoras están empezando a incorporar la salud mental en sus pólizas. No obstante, dada la magnitud del problema se debería potenciar el desarrollo de programas orientados a:

- Desarrollar factores protectores de la salud mental en sus asegurados.
- Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales.

³² Mercer Marsh Benefits. Tendencias Globales en Salud 2022.



Retos del aseguramiento privado en España

En base a todo lo expuesto anteriormente, se ha procedido a identificar **los 10 retos principales** a los que se enfrenta el sector del aseguramiento sanitario privado en España:

- 1.** Mejorar la transparencia de las pólizas de salud y dotarlas de mayor claridad, concreción y sencillez con el fin de facilitar el entendimiento a los ciudadanos.
- 2.** Garantizar la continuidad de la prestación sanitaria del asegurado, con independencia de su patología y de su edad.
- 3.** Transformar el seguro de asistencia sanitaria en un seguro de salud.
- 4.** Garantizar el acceso a técnicas y tratamientos innovadores.
- 5.** Garantizar la sostenibilidad de la prestación sanitaria privada.
- 6.** Innovar en modelos de gestión que disminuyan la saturación del sistema privado de salud.
- 7.** Colaborar y apoyar medidas orientadas a la incorporación de un mayor número de profesionales que permitan garantizar la calidad de la atención sanitaria privada.
- 8.** Establecer el futuro del modelo del mutualismo administrativo que permita ofrecer una atención sostenible y de calidad.
- 9.** Llevar a cabo una transformación digital en beneficio de la salud del asegurados con responsabilidad bioética.
- 10.** Favorecer la integración de la atención sanitaria y de la atención social, e incorporar y desarrollar programas de salud mental para todos sus asegurados.

Contratación y uso del seguro

Principales aspectos reseñables



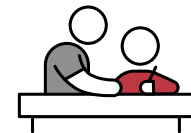
Presencia de un **gran número de compañías aseguradoras** y de diferentes combinaciones posibles de póliza.

Existencia de limitaciones de acceso al sistema privado de salud por **razones de edad** o **estado de salud**.



Los documentos contractuales son largos y se emplea un **lenguaje técnico y complejo**. La información no se expone de forma clara y sencilla.

No se facilita el entendimiento a los ciudadanos, lo que **dificulta su toma de decisión sobre la tipología de seguro** a contratar.



Incremento del precio de la prima a la hora de renovar la póliza por razones de edad o estado de salud.

Demoras en la autorización de una prueba cubierta por el seguro.



Existen **pocas iniciativas orientadas a velar por la salud del asegurado a largo plazo**, lo que tendría un doble impacto: por un lado, mejoraría su salud y, por otro, y como consecuencia de lo anterior, se reduciría la frecuentación y la siniestralidad de las pólizas.

Desconocimiento de las **limitaciones de la póliza**, lo que genera reclamaciones, provoca que empeore la imagen de la asistencia recibida y hace que el asegurado pierda confianza en su compañía aseguradora.



La mayoría de pólizas demoran la incorporación a sus coberturas de los **tratamientos y la tecnología más innovadora**.

Retos identificados relacionados con la **contratación y uso del seguro**

1. Mejorar la transparencia de las pólizas de salud y dotarlas de mayor claridad, concreción y sencillez con el fin de facilitar el entendimiento a los ciudadanos.

A la hora de contratar un seguro de salud, el ciudadano se encuentra ante una decisión compleja, con la existencia de un gran número de compañías aseguradoras y de diferentes combinaciones posibles que dificultan su toma de decisión. Por norma general, el ciudadano no entiende el seguro que ha contratado porque, entre otros motivos, el documento del contrato es largo, las cláusulas son complejas de entender y se expresa con lenguaje técnico. Esto da lugar a confusiones entre lo que considera que ha contratado y lo que realmente cubre su póliza; lo que genera reclamaciones de los asegurados a los prestadores, empeora la imagen que el asegurado tiene de la prestación recibida y provoca la pérdida de confianza del asegurado en su compañía aseguradora.

2. Garantizar la continuidad de la prestación sanitaria del asegurado, con independencia de su patología y de su edad.

En el momento en el que los pacientes requieren de un mayor uso de los servicios sanitarios con motivo del desarrollo de patologías complejas (como por ejemplo cáncer, diabetes o enfermedades neurológicas) o de cronicidades con motivo de su edad, las compañías aseguradoras pueden limitar la accesibilidad a algunos servicios; condicionar en determinados casos las decisiones del prestador; incrementar el precio de las primas de forma significativa y, en casos concretos, pueden llegar a expulsar al asegurado.

3. Transformar el seguro de asistencia sanitaria en un seguro de salud.

La mayor parte de las pólizas existentes actualmente en nuestro país son de asistencia sanitaria y no realmente de salud, por lo que no se enfocan hacia el cuidado de la salud a largo plazo de sus asegurados. En este sentido, la prestación que ofrecen las pólizas actuales debería complementarse hacia modelos de atención que promuevan la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables en beneficio de la salud del paciente. Se trataría, en definitiva, de curar al paciente cuando esté enfermo y de cuidarle cuando esté sano.

4. Garantizar el acceso a técnicas y tratamientos innovadores.

Los prestadores de asistencia sanitaria están realizando una apuesta clara por incorporar los tratamientos y la tecnología más innovadora, poniéndola a disposición de sus pacientes. Sin embargo, si de esta innovación no se beneficia el asegurado, no tiene razón de ser el seguir apostando por una asistencia que proporciona al paciente mejores resultados en sus tratamientos y, en definitiva, en su salud. Es por ello, que se debería regular que las compañías aseguradoras incorporen a sus pólizas, en unos plazos de tiempo más cortos, los avances que se están llevando a cabo en los prestadores de asistencia sanitaria.

Prestadores de asistencia sanitaria y compañías aseguradoras

Principales aspectos reseñables



Incremento significativo del **gasto sanitario**, así como de los costes generales como consecuencia de la **elevada inflación**.

Existencia de **baremos muy bajos** que dificultan el poder seguir manteniendo una prestación sanitaria de calidad y que provoca un gran descontento en parte del colectivo médico.



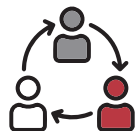
Ahogo financiero progresivo de los prestadores, especialmente de aquellos más pequeños y con menor capacidad de negociación.

Generación de **tensiones entre las compañías aseguradoras y los prestadores** de asistencia sanitaria.



Promoción y comercialización de pólizas con coberturas limitadas a precios excesivamente bajos. Cambio en el **modelo de contratación y uso del seguro**.

Relevancia e impacto de la **pólizas colectivas** que cuentan con mayores coberturas que las pólizas individuales a precios significativamente inferiores.



Traslado del riesgo al operador y, en determinadas ocasiones, intervención en la gestión de la prestación del servicio sanitario.

Aumento significativo de la **frecuentación y de la siniestralidad de los seguros**, y empeoramiento de la **accesibilidad** a la atención sanitaria privada.



Retos identificados relacionados con los **prestadores de asistencia sanitaria y las compañías aseguradoras**

5. Garantizar la sostenibilidad de la prestación sanitaria privada.

El entorno actual está caracterizado por un incremento significativo de los costes, la existencia de baremos muy bajos, la escasez de profesionales en algunas especialidades y territorios, los precios bajos de las pólizas de los seguros de salud, el aumento de la frecuentación y el incremento de la siniestralidad de las compañías aseguradoras.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema se hace necesario concienciar a los ciudadanos del coste real de la asistencia sanitaria para poder adecuar los precios del seguro, incrementar de forma progresiva los baremos pagados por las compañías aseguradoras a los prestadores, mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales y equilibrar la estructura asistencial a la oferta aseguradora.

6. Innovar en modelos de gestión que disminuyan la saturación del sistema privado de salud.

El deterioro del sistema público de salud está provocando un aumento significativo del uso del sistema privado. La promoción y comercialización de pólizas de bajo coste, unido a un cambio de modelo en donde los ciudadanos hacen un uso inmediato de la póliza contratada, está dando lugar a una saturación del sistema privado, con listas de espera en determinadas especialidades y una reducción del tiempo dedicado por los profesionales a los pacientes en las consultas.

Con el fin de mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria privada, el sector asegurador debería evolucionar hacia una mayor segmentación de sus asegurados. Esta mayor segmentación del cliente debería acompañada de una mejor coordinación con los prestadores de servicios sanitarios, con el objetivo de poder ofrecer una atención de calidad adecuada a cada uno de los diferentes segmentos de asegurados.

Formación de profesionales

Principales aspectos reseñables



Mayor necesidad de médicos y personal de enfermería con motivo del aumento de la esperanza de vida y de la cronicidad de las enfermedades que provoca una mayor demanda de los servicios sanitarios.

Déficit de profesionales en determinadas especialidades y territorios. Entre los principales factores que están impactando en la falta de médicos, y que se prevé que afecten más en el futuro, destacan la existencia de baremos muy bajos que desincentivan a que el médico ejerza la actividad privada.



Escasez de docentes en las facultades de Medicina. Hasta la fecha, **baja implicación del sector privado** en la formación de profesionales sanitarios.

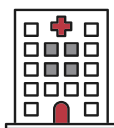
Mutualismo administrativo

Principales aspectos reseñables



Tendencia decreciente en el número de mutualistas que reciben atención a través de una compañía aseguradora, lo que ha supuesto la pérdida de 200.000 mutualistas en los últimos 10 años.

El **76,3% de los funcionarios eligen estar adscrito a una compañía aseguradora,** porcentaje que se ha reducido en 4 puntos porcentuales desde el 2016, cuyas causas deberían ser analizadas



Dificultad en poder acceder a la atención sanitaria privada, ya que se ha reducido el número de hospitales que atienden a mutualistas.

La **siniestralidad de los mutualistas se sitúa por encima del 100%,** lo que supone que el importe de las prestaciones pagadas por las compañías aseguradoras es superior al volumen de primas.



Se trata de un modelo que precisa de **mayor financiación,** ya que se estima una diferencia de **547€ por mutualista** entre el gasto sanitario público por persona (1.464€) y la prima media de MUFACE (917€).

Retos identificados relacionados con la **formación de profesionales**

7. Colaborar y apoyar medidas orientadas a la incorporación de un mayor número de profesionales que permitan garantizar la calidad de la atención sanitaria privada.

A pesar de que el número de médicos por 1.000 habitantes ha aumentado en los últimos años, la necesidad de médicos actual es mayor que la existente hace unos años principalmente por el aumento de la esperanza de vida y por la cronicidad de las enfermedades. Asimismo, factores como las jubilaciones previstas en los próximos años, los bajos baremos que pagan las compañías aseguradoras, la emigración de los profesionales a otros países que ofrecen mejores condiciones laborales y el cambio sociológico de las nuevas generaciones, en donde la conciliación ha ganado peso respecto a generaciones pasadas, están provocando una carencia significativa de profesionales sanitarios. Es por ello, que el sistema se debe adaptar a la nueva realidad, promoviendo la formación de profesionales en el sector privado y estableciendo nuevos sistemas de gestión para la captación y retención del talento.

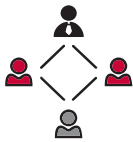
Retos identificados relacionados con el **mutualismo administrativo**

8. Establecer el futuro del modelo del mutualismo administrativo que permita ofrecer una atención sostenible y de calidad.

El mutualismo administrativo parece ser necesario para garantizar la cobertura nacional de la prestación privada, sin embargo, a pesar de los últimos esfuerzos de carácter económico, los precios de las primas concertadas con las compañías aseguradoras son insuficientes para cubrir el servicio demandado. Los diferentes agentes que intervienen en el sistema sanitario privado abogan por un incremento de la financiación del servicio y por una ampliación de la tipología de mutualistas que conlleve un rejuvenecimiento del colectivo. Sin embargo, debe llevarse a cabo una reflexión más profunda del modelo que permita encontrar soluciones innovadoras al respecto.

Transformación y salud digital

Principales aspectos reseñables



Modificación de la estructura del sistema privado: nuevos players y cambios en los roles de las empresas ya presentes.

Revolución del sector gracias al uso del **big data y de la inteligencia artificial**, que permitirán mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, así como desarrollar nuevos medicamentos y fomentar la medicina personalizada y domiciliaria, mejorando la calidad de vida de los pacientes.



Papel fundamental de la **bioética** con el objetivo de avanzar hacia estándares de una atención médica más equitativa y ética, donde el paciente sea el centro de sistema, velando por su salud e integridad.

Existencia de riesgos de la transformación digital: privacidad de los datos y no discriminación de pacientes.



Atención sanitaria y salud mental

Principales aspectos reseñables



Aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población, que está provocando una inversión progresiva de la pirámide de población.

Incremento significativo de la **cronicidad de las enfermedades y aparición de los pacientes crónicos complejos**, lo que conlleva un aumento del uso de los servicios sanitarios



Gran impacto de la COVID 19, que ha provocado un **aumento significativo de problemas de depresión y ansiedad** y que ha dificultado la accesibilidad a los especialistas de salud mental.

Las compañías aseguradoras están empezando a **incorporar el tratamiento de la salud mental en sus pólizas**, buscando reforzar su compromiso.



Retos identificados relacionados con la **transformación y salud digital**

9. Llevar a cabo una transformación digital en beneficio de la salud del asegurado con responsabilidad bioética.

El desarrollo de la telemedicina está modificando la estructura del sistema privado de salud en nuestro país. Por una parte, ha atraído al sector a nuevas empresas (algunas del sector tecnológico que tradicionalmente no estaban en salud) y se está produciendo una integración vertical de las empresas que ya estaban en el mismo: las aseguradoras ofrecen servicios de salud digital y determinados prestadores ofrecen directamente estos servicios a los clientes sin intervención de las aseguradoras.

Por otro lado, el uso del big data y de la inteligencia artificial va a revolucionar el sector de la salud en las próximas décadas, permitiendo mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, así como desarrollar nuevos medicamentos y fomentar la medicina personalizada y domiciliaria, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

No obstante, la transformación digital del sistema sanitario también presenta ciertos riesgos como la privacidad de los datos y la no discriminación de pacientes. Es por ello que la bioética juega un papel fundamental en la transformación digital, haciéndose fundamental el avanzar hacia estándares de una atención médica más equitativa y ética, en donde se debe poner al paciente en el centro del sistema, velando por su salud e integridad.

Retos identificados relacionados con la **atención sanitaria y social, y con la salud mental**

10. Favorecer la integración de la atención sanitaria y de la atención social, e incorporar y desarrollar programas de salud mental para todos sus asegurados.

El aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades está provocando el incremento del uso de los servicios sanitarios. Ante esta situación, nuestro sistema sanitario debe evolucionar para hacer frente a este nuevo panorama. Es por ello, que se hace necesario un cambio en el enfoque de atención, orientado a proporcionar una atención social y sanitaria coordinada e integrada, que permita ofrecerles los recursos más adecuados a sus necesidades en cada momento.

A nivel de salud mental, las compañías aseguradoras deberían reforzar su compromiso con la salud mental, diseñando y poniendo en marcha programas entre sus asegurados orientados a establecer factores protectores de la salud mental, evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles, detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales y mejorar la calidad de vida de los pacientes que las padecen.



Bibliografía



Bibliografía

A continuación, se detalla la bibliografía utilizada en la elaboración del informe:

- ABELLÁN GARCÍA, Antonio; AYALA GARCÍA, Alba; PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio (2017). “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15, 48 p.
- ASPE. Informe Análisis de la Sanidad Privada Española.
- Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada.
- Confederación de la Salud Mental en España 2022.
- Conferencia Nacional de Docentes de Facultades de Medicina.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), Encuesta sobre la situación de la Profesión Médica en España, 6º muestreo (junio 2020).
- FENIN. Índice FENIN de Madurez Digital en Salud 2020.
- Foro Económico Global en base a datos del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington.
- Fundación IDIS. Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2022.
- Fundación Mapfre. Historia del Seguro en España.
- ICEA. El Seguro de Salud 2013-2021.
- Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Mapfre, Radiografía Savia de la Salud Digital.
- Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact: Scientific brief, 2 March 2022.
- Mercer Marsh Benefits. Tendencias Globales en Salud 2022.
- Ministerio de Sanidad, Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud 2021.
- Ministerio de Sanidad. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas 2021-2035.
- MUFACE. Memoria 2020.
- Oficina Europea de Estadística (Eurostat).



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID