

Elecciones saludables:

El papel cambiante de las aseguradoras sanitarias*

Octubre 2007



*connectedthinking

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Índice

01	Prólogo	4
02	Resumen ejecutivo	6
03	Introducción	8
04	En qué consiste un buen seguro médico?	12
05	La experiencia de los países	20
06	Australia	21
07	China	24
08	Francia	26
09	Alemania	28
10	Irlanda	30
11	Países Bajos	32
12	Suiza	34
13	Reino Unido	35
14	Estados Unidos	37
15	España	41
16	Glosario	46
17	Tabla de figuras	47
18	Contactos	48

01 Prólogo

Los seguros de salud resultan fundamentales para la financiación sanitaria. En la mayoría de los países, los gobiernos están barajando la idea de ampliar, o al menos fomentar, la participación de las fuentes privadas de financiación en la asistencia sanitaria. Para que estos esfuerzos vean sus frutos en el mercado global, ha de aumentar el papel que desempeñan las aseguradoras sanitarias.



A pesar de las dificultades y limitaciones de toda traducción (*Traduttore, tradittore*, según la conocida expresión italiana), nos hemos decidido a traducir al español el interesante informe *Healthy Choices*, publicado por PricewaterhouseCoopers, porque pensamos que las reflexiones que en él se contienen son especialmente interesantes y oportunas en nuestro medio. Además, hemos añadido a los nueve países analizados en el informe original el caso de España.

En España, la actividad de los seguros sanitarios privados ha estado en general ausente del debate sanitario. Este se ha concentrado en la consolidación del sistema público, hecho loable y necesario, pero sin pararse demasiado a pensar hasta qué punto para esa consolidación y refuerzo era conveniente tener en cuenta la actividad de las aseguradoras sanitarias privadas. Todo ello a pesar de que un porcentaje significativo de la población se acoge de forma duplicada al seguro sanitario privado; que este atiende de forma exclusiva a un colectivo muy importante de funcionarios del Estado, mayor en número que la población de muchas Comunidades Autónomas; y, que, a través de un proceso de consolidación, se ha ido configurando un núcleo empresarial relevante de empresas aseguradoras sanitarias en nuestro país. Tal vez ha llegado el momento de afrontar esta cuestión.

Sin embargo, el informe *HealthCast 2020*¹, publicado en 2005 también por PricewaterhouseCoopers, que analiza el sistema sanitario de forma global desde la perspectiva de la sostenibilidad, pone de relieve dos cuestiones:

- la primera que, ante las previsiones de un aumento muy importante de los gastos sanitarios en todos los países, que tiene su origen último en la auténtica avalancha de nuevo conocimiento en biomedicina, es importante incorporar nuevas fuentes de financiación al sistema, aparte de las que tengan su origen en los presupuestos públicos;
- la segunda, que las mejoras de los sistemas sanitarios deben ir acompañados de un refuerzo y sofisticación de la función de compra de servicios.

Pues bien, para abordar ambos problemas las aseguradoras sanitarias pueden aportar soluciones. Pueden ser parte de la solución, no del problema.

Una constatación que se deduce del informe es que, en un contexto de sistemas sanitarios públicos de calidad y cobertura universal, como son, con la única excepción de Estados Unidos, todos los sistemas de salud de países con economía de mercado consolidada, sólo un esfuerzo regulatorio es capaz de impulsar el desarrollo del seguro sanitario y, en consecuencia, obtener de esta actividad los beneficios que la misma puede aportar para el conjunto del sistema sanitario, particularmente en los ámbitos de financiación adicional y mejoras en el proceso de compra. Ejemplos de países con sistemas públicos muy desarrollados y de calidad y amplia actividad aseguradora sanitaria privada, gracias a este esfuerzo regulatorio, son Alemania, Holanda y Australia.

A retener la declaración del Departamento de Salud y Vejez de Australia, que se cita en el informe:

“La Commonwealth se ha comprometido a asegurar que los australianos puedan escoger la asistencia sanitaria que reciben a través del mantenimiento de un sector de seguros privados viable que funcione de manera paralela a un sistema público de alta calidad con garantía de acceso para todos”

La pregunta que se hace en un reciente informe del Banco Mundial² es: ¿son los seguros sanitarios privados amigos o enemigos?. Sólo la exploración de esta cuestión permitirá analizar el potencial de “amistad” que para el desarrollo de un sistema sanitario sostenible y de calidad representan los seguros sanitarios.

Por otra parte, los seguros sanitarios privados en España, a pesar de representar una actividad empresarial bien consolidada, se enfrentan a retos importantes en relación con su modelo de negocio, que tiene que ver con los precios de las primas, el tamaño y configuración de sus redes de provisión, las relaciones con estas redes de proveedores, la sostenibilidad de la colaboración con el sector público a través de la prestación sanitaria del Mutualismo Administrativo, etc. Posiblemente el contemplar sus problemas en una perspectiva internacional represente una aportación de interés.

Ignacio Riesgo
Director de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

¹ HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible, octubre de 2005 (<http://healthcare.pwc.com>)

² Preker, AS, Scheffler, RM, Basset, MC (editors): Private Voluntary Health Insurance in Development, Friend or Foe?, World Bank, 2007

02 Resumen ejecutivo

En el informe de PricewaterhouseCoopers titulado HealthCast 2020 se identificaban los factores determinantes para la creación de sistemas sanitarios sostenibles, entre ellos la “búsqueda de un espacio compartido” entre las diferentes partes del sector sanitario, área en la que se puso de relieve el papel fundamental de los seguros de salud.³



Este informe representa una visión a largo plazo al analizar los sistemas de seguros de asistencia sanitaria en varias partes del mundo, sus similitudes y diferencias y las lecciones que se pueden aprender de ellos. Evidentemente, el análisis de otros países resultaría también de interés, pero confiamos en que la selección realizada aquí pueda ofrecer unas pinceladas de la amplia variedad existente. Ésta es una cuestión importante, dado que la población activa y sujeta al pago de impuestos ha ido perdiendo fe en la capacidad de los gobiernos para facilitarles una asistencia sanitaria adecuada cuando más lo necesitan, es decir, en su vejez. Se esperan cambios y las alternativas con las que cuentan los responsables políticos son amplias.

Presiones para incrementar el papel de las aseguradoras sanitarias

A nivel mundial, se estima que la parte del PIB correspondiente a los costes sanitarios continuará creciendo. La asistencia sanitaria financiada con fondos públicos ejerce una enorme presión sobre la sostenibilidad de las políticas fiscales. Teniendo en cuenta los límites de gasto público, en varios países resultará necesaria la expansión de las aseguradoras médicas privadas. Las aseguradoras sanitarias se convertirán, de esta manera, en parte de la solución a lo que quizás sean límites artificiales para los gastos en temas sanitarios, que se derivan de la manera en que los gobiernos gestionan dichos gastos.

La sustitución funciona

Se ejercerá gran presión para cambiar el modelo basado en un alto nivel de prestación de asistencia sanitaria pública, combinado con un sistema duplicado de aseguramiento sanitario cuya fuente de ingresos es privada. Las medidas tomadas para gestionar y reducir la parte de financiación pública de la actividad sanitaria implicarán probablemente una transición de los seguros de salud puramente “duplicados” hacia cierta forma de seguros de salud “sustitutivos”, en los que determinados segmentos de la actividad sanitaria se financien normalmente gracias a las aseguradoras. De manera similar, puede que el papel sustitutivo de los seguros médicos se expanda en aquellas partes del mundo donde ya esté en funcionamiento.

Cuanto mayor mejor

Las grandes aseguradoras tienen más posibilidades de actuar a la hora de negociar condiciones con los proveedores de asistencia médica y, por consiguiente, de obtener más ventajas respecto a los costes para los consumidores, así como una mejor calidad de dicha asistencia médica. En algunos países esta función ya forma parte desde hace tiempo del papel de las aseguradoras sanitarias. Las aseguradoras tienen que insistir, no sólo de cara al consumidor, sino también de cara a los responsables políticos, sobre el hecho de que, en calidad de entidades competitivas, pueden adquirir la asistencia sanitaria de una manera más eficiente que las personas particulares o que el propio Estado. Las personas, a nivel particular, no disponen de capacidad de negociación ni poseen conocimientos exhaustivos del mercado. El Estado no es más que un cliente “que tiene que comprar” provisto de pocos incentivos para lograr la eficiencia deseada. Incluso si las aseguradoras sanitarias sirven solamente a un segmento limitado de la población, pueden actuar como catalizadores de un comportamiento eficaz a nivel económico. Es probable que el reconocimiento de la importancia del papel del comprador eficaz traiga consigo presiones para la consolidación del sector de los seguros de salud.

Un riesgo que merece la pena compartir

El compartir riesgos de una manera cuidadosamente planeada con los tomadores de seguros puede llegar a formar parte de un sistema asegurador que financie una gran parte de los costes de asistencia sanitaria. El riesgo para los asegurados puede verse atenuado con la utilización de seguros de prima fija colectiva establecida por la aseguradora (community rating), que excluyen la clasificación por edad, sexo o estado de salud y aplican una misma prima para todos. Entre los objetivos de las autoridades sanitarias se suele encontrar una alta participación en el mercado, dado que conlleva un amplio acceso a la asistencia sanitaria, y el sistema de seguros de primas fijas suele estar asociado con lugares en donde la participación es alto. Los modelos basados en una tarifa fija han constituido un factor fundamental en el crecimiento del sector de seguros de salud en varios países, entre ellos, históricamente, Estados Unidos.

El reto principal para los mercados basados en seguros con prima fija colectiva es atraer a aquellos asegurados que impliquen bajo riesgo. Desde nuestro punto de vista, si el mercado de los seguros de asistencia sanitaria aumenta, las aseguradoras van a tener que buscar estrategias para operar con sistemas de prima fija colectiva. A menudo estos sistemas van acompañados de mecanismos de compensación de riesgo. Resultan inevitablemente complejos y, a no ser que se preste la atención suficiente al proceso de diseño, pueden minar la capacidad de las aseguradoras de manejar los costes por solicitudes de asistencia de manera eficaz.

Hay que estar preparados

El sector de los seguros de salud posee una orientación más nacional que la mayoría de los negocios que suelen ser más globales. Este hecho ha sido probablemente inevitable debido a los vínculos tan estrechos que existen entre el papel desempeñado por las aseguradoras y las políticas sociales estatales. El número de aseguradoras con experiencia en sistemas sanitarios en diferentes lugares del mundo es reducido. No obstante, la necesidad de reforma significará que la mayor parte de ellos se tendrán que habituar en un futuro a esta dinámica hasta ahora desconocida. Los nuevos ganadores siempre suelen ser los jugadores mejor preparados. Uno de los mayores retos a los que se enfrenta este sector, a la hora de construir un negocio sostenible, es la dificultad inherente que conlleva la elaboración de modelos basados en contratos anuales de seguros médicos que favorezcan de una forma sistemática los cuidados preventivos de salud que resultan esenciales para la gestión de costes a largo plazo. Los sistemas financiados por el Estado basados en el pago por servicio prestado con criterio de caja, sin generación de reservas, atraviesan una situación similar. En principio, la manera de incentivar los cuidados preventivos de salud, consiste en avanzar hacia un modelo de seguros de asistencia sanitaria cuya prima esté apropiadamente regulada. Evidentemente, un sistema así plantea problemas, particularmente con relación a la movilidad de los asegurados de unas aseguradoras a otras. No obstante, de esta manera el sector de los seguros de salud se convertiría en un factor esencial para lograr los cambios requeridos en los hábitos de salud y estilos de vida.

³ “HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible”, octubre 2005 (<http://healthcare.pwc.com>)

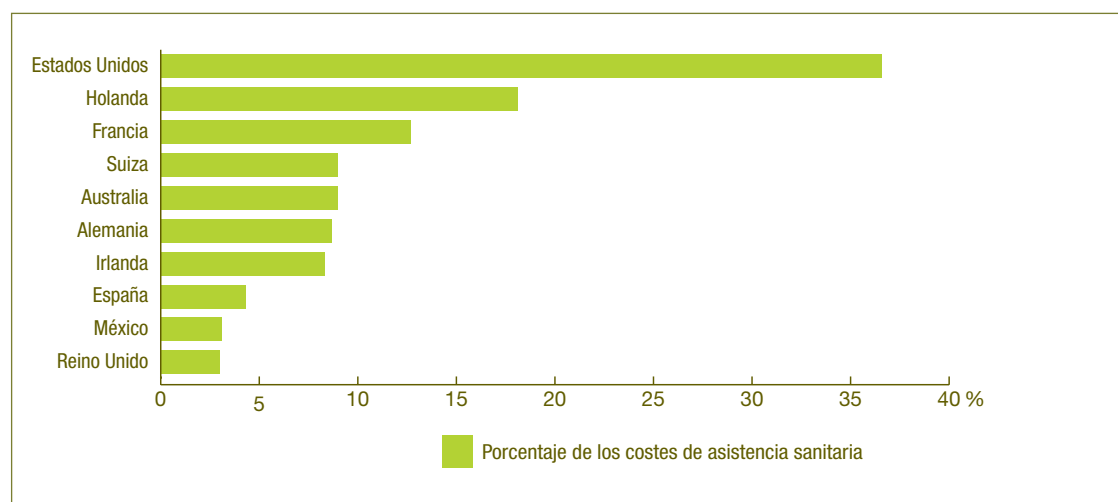
03 Introducción

1.1 Presiones a nivel mundial que abogan por un cambio

“Determinar cuáles son las prestaciones básicas para un sistema de asistencia pública y articular un sistema asegurador para el resto⁴”. Ésta fue la conclusión del informe HealthCast 2020 de PricewaterhouseCoopers publicado en el 2005.



Figura 1: Porcentaje de los costes de asistencia sanitaria soportados por los seguros privados (2003)



Fuente: Datos de Salud OCDE 2005, Asociación de Aseguradores Británicos (ABI), Laing and Buisson, Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido (ONS), Departamento australiano de Salud y Vejez, y Departamento irlandés de Salud y del Menor.

Evidentemente es más fácil decirlo que hacerlo, pero, desde nuestro punto de vista, un sistema de seguros de salud privados bien articulado puede desempeñar un papel fundamental en cualquier sistema que facilite servicios sanitarios al conjunto de la población.

En todo el mundo la gente dice que el sistema estatal de asistencia sanitaria no mejorará con el paso del tiempo. En el 2005, una encuesta realizada a la población de edades comprendidas entre 30 y 60 años en diez países del continente Americano, Europa y Asia-Pacífico reveló que albergaban profundas dudas sobre el funcionamiento del sistema sanitario público⁴. Dicha encuesta muestra que este grupo de la población estaba perdiendo fe en la capacidad del gobierno para cuidar de su salud a medida que envejecen. Todavía mostraban menos confianza en la capacidad de los gobiernos de ofrecer prestaciones a los futuros retirados que a los actuales.

La encuesta fue realizada por AARP, un grupo para la defensa de los jubilados con sede en los Estados Unidos, la mayor asociación de este tipo del mundo. A los encuestados se les pedía puntuar su confianza en la provisión de asistencia sanitaria estatal para los jubilados en una escala del uno al diez (siendo cero ninguna confianza). La puntuación media con respecto a los jubilados actuales era 4,5, y dicha puntuación descendía hasta un 3,8 en el caso de los futuros jubilados. La puntuación relativa a los futuros jubilados resultó ser más baja que la de los jubilados existentes en cada uno de los diez lugares donde se realizó la encuesta. La pobre opinión que tienen sobre la sostenibilidad de la asistencia sanitaria financiada por el Estado, y la presión a la que está sometida, evidencian la necesidad de que los gobiernos en todo el mundo amplíen su búsqueda de fuentes de financiación sanitaria.

Sólo en los Estados Unidos existe un alto índice de participación de las aseguradoras privadas en el total de los costes sanitarios. Sin embargo, la población asegurada se enfrenta a las mismas tensiones demográficas, de coste y de sostenibilidad a las que se enfrenta en el resto del mundo. Por otra parte, en Estados Unidos la provisión pública es considerablemente menor que en otros lugares y el acceso a la asistencia sanitaria es un problema grave. En la Figura 1 se muestra el porcentaje de los costes sanitarios financiados con los seguros privados por país en 2003.

Existen presiones a nivel mundial que abogan por un cambio en los sistemas de seguros de salud que darán como resultado ganadores y perdedores. La variedad de sistemas implantados en todo el mundo significa que sólo unas pocas aseguradoras poseen conocimientos exhaustivos y experiencia sobre el abanico de posibilidades de productos y sobre la dinámica del mercado.

“DKV (nombre comercial de los seguros de asistencia sanitaria de Munich Re) considera que sólo hay cinco líderes a nivel mundial (entre ellos DKV y Allianz Kranken en Alemania) que posean las herramientas necesarias para beneficiarse de las reformas de los seguros sanitarios y de la situación demográfica de manera significativa⁶.”

La envergadura del sector varía considerablemente según el país. En los Estados Unidos, los Países Bajos, Francia y Alemania desempeña un papel importante en la financiación de la asistencia sanitaria, mientras que en el Reino Unido, por ejemplo, no tanto. La importancia de los seguros de salud dentro de la financiación privada de asistencia sanitaria también varía considerablemente. El dinero de bolsillo y otras opciones de

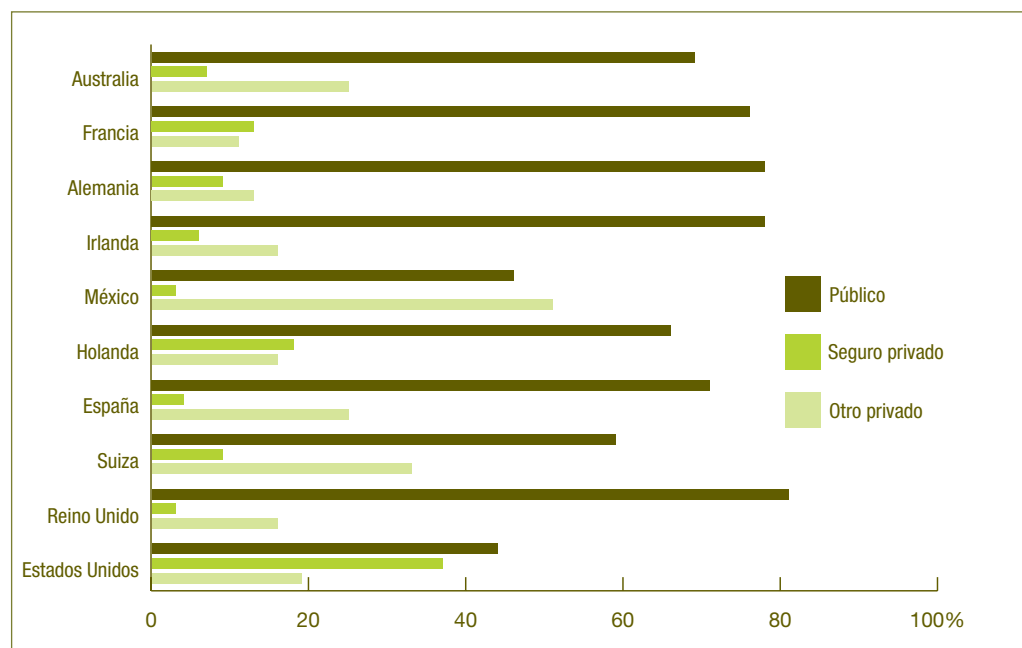
⁴ “HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible”, octubre 2005(<http://healthcare.pwc.com>)

⁵ “Encuesta internacional sobre seguridad en la jubilación”, AARP, Julio 2005

⁶ “Riesgos potenciales de la reforma”, UBS, Noviembre 2005

03 Introducción

Figura 2: Desglose de la financiación sanitaria en 2003



Fuente: Datos de Salud OCDE 2005, Asociación de Aseguradores Británicos (ABI), Laing and Buisson, Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido (ONS).

financiación sanitaria privada (en especial la asistencia para jubilados facilitada por las empresas en Estados Unidos) constituyen asimismo fuentes importantes de financiación.

Una expansión adecuadamente planificada del mercado de los seguros de salud tiene que formar parte al menos de la visión de futuro de la financiación sanitaria. Pero, ¿cuáles son las características esenciales de un sistema asegurador atractivo?

Este trabajo se orienta hacia una visión global del sector de seguros de salud y:

- Observa que el éxito depende de factores distintos en función de cada sistema;
- Compara los papeles que desempeñan los seguros privados en diferentes países y así identifica características cruciales de los sistemas de financiación sanitaria ya implantados a nivel mundial; y
- Analiza cómo estos sistemas determinan la actividad de las aseguradoras, los factores de rentabilidad y el posicionamiento de las aseguradoras en la cadena de valor sanitaria.



04 ¿En qué consiste un buen seguro de salud?

El éxito de los seguros de salud dependerá en última instancia de su impacto en los resultados básicos de la provisión de asistencia sanitaria, tales como el nivel de acceso de toda la gente que la necesita y el coste total que implica.



El grado de importancia que se le concede a cada uno de estos resultados –que son los objetivos de los seguros de asistencia sanitaria– constituye un asunto de política social. No obstante, existe un profundo convencimiento de que, para ser sostenible y rentable de manera significativa, el sector de los seguros de salud deberá tener un impacto positivo en los distintos resultados de la provisión de asistencia sanitaria. La tabla de la derecha resume el atractivo relativo de algunas de las características clave de los modelos de seguros médicos teniendo en cuenta su impacto en la provisión de asistencia sanitaria.

2.1 Regulación de las tarifas

Una de las características que definen el entorno en el que operan los seguros de salud es el interés gubernamental en mantener un buen acceso a la asistencia sanitaria. Este hecho influye en gran medida en la regulación de las tarifas de las primas. Por ejemplo, una regulación sobre tarifas que suponga el establecimiento de niveles máximos de primas aumentará obviamente el acceso a los seguros y, por lo tanto, a la asistencia sanitaria. Pero, al igual que con cualquier otro tipo de regulación, el hecho de cumplir con los reglamentos y de obtener las aprobaciones necesarias implica un coste. Por lo tanto, los costes que implica la función reguladora en sí misma también han de tenerse en cuenta.

Las autoridades tendrán que tomar en cuenta el impacto de los regímenes reguladores sobre la rentabilidad. Evidentemente, si existe un objetivo más amplio de expandir el sector de los seguros de salud privados de una manera eficiente, deberán existir incentivos suficientes para atraer los recursos necesarios.

En el apartado 2.10 se analizan los cuidados preventivos más detalladamente. No obstante, lo que se ha de destacar aquí es que la experiencia en países como Australia, Francia e Irlanda muestra que las tarifas de primas reguladas tienden a aumentar la prioridad que la gestión concede a las estrategias de marketing encaminadas a considerar el estado de salud al acceder a un contrato de seguro. Esto es normal cuando la

Resultados de seguros de salud – resultados de asistencia sanitaria					
	Equidad	Coste administrativo	Coste sanitario	Calidad asist. sanitaria	Incentivar prevención
Características seguros salud					
Regulación tarifa primas/beneficio	✓	X	–	–	X
Tamaño	–	✓	✓	✓	–
Sustitutivo	✓	–	–	✓	–
Duplicado	X	–	X	–	–
Compartir riesgo	–	–	✓	✓	X
Primas fijas	✓	–	X	–	–
Compensación de riesgo	✓	X	X	X	X
Reservas para la vejez /primas niveladas	✓	–	✓	–	✓
✓ Positivo		– Neutro		X Negativo	

Fuente: Investigación de PricewaterhouseCoopers

aseguradora ve limitada su capacidad para establecer tarifas para dicho estado de salud. En estas circunstancias, el hecho de evitar la “selección negativa” puede resultar vital para la estrategia comercial de las aseguradoras. Por el contrario, el cuidado preventivo implica que se debería centrar la atención en el estado de salud años después del inicio del contrato.

2.2 La ventaja del tamaño

El tamaño supone una ventaja a la hora de gestionar los complejos procesos de administración de los seguros de salud. También son importantes con respecto a la capacidad de negociación de las aseguradoras con los proveedores de asistencia sanitaria. Un buen ejemplo lo constituye el progreso en materia de negociación de costes médicos que han experimentado las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organisations -HMOs) en los Estados Unidos. Dichas organizaciones ofrecen un servicio médico completo de los proveedores participantes a cambio de una prima como vía para ofrecer productos de asistencia sanitaria y seguros más integrados, pero su éxito ha necesitado la ventaja del tamaño. Por ejemplo, en los negocios de las grandes aseguradoras médicas colectivas de los Estados Unidos, las economías de escala han favorecido la concentración hasta el

punto de que sólo existen actualmente cuatro compañías que pueden dar verdaderamente servicio a las empresas nacionales que actúan como auto aseguradoras, y dichas compañías, han sido capaces de negociar mejores descuentos por parte de sus proveedores de servicios. En Alemania, el desarrollo histórico de los fondos de seguros de asistencia sanitaria está íntimamente ligado al uso deliberado de su tamaño para mejorar las condiciones establecidas por las organizaciones que negocian en representación de profesionales médicos.

Las reformas llevadas a cabo actualmente en los Países Bajos tienen como objetivo mejorar la capacidad de negociación de las aseguradoras como compradoras de asistencia sanitaria. Allí, los sectores de seguros de salud públicos y privados se están fusionando para crear aseguradoras que dispondrán, entre otras cosas, de una buena presencia en el mercado para actuar como compradores más eficaces. Al mismo tiempo, se está liberando a las aseguradoras de la antigua obligación de realizar contratos con todos los proveedores.

2.3 Duplicados y sustitutivos

Estas palabras se utilizan a menudo para describir la relación existente entre los seguros de salud privados y la provisión pública de servicios sanitarios. La frontera

04 ¿En qué consiste un buen seguro de salud?

entre “sustitutivo” y “duplicado” no está siempre bien delimitada. No obstante, se denominan seguros de salud sustitutivos aquellos seguros de asistencia sanitaria que sustituyen, o son sustitutos de la asistencia sanitaria financiada por el Estado. En los sistemas sustitutivos, el asegurado no tiene derecho a recursos públicos para la asistencia sanitaria. Por lo tanto, el asegurado normalmente no tiene que pagar las cargas fiscales que habría de pagar en un sistema de financiación pública.

Para facilitar la clasificación, también se incluye en esta categoría la cobertura de los copagos que hay que aportar para determinados tratamientos en los sistemas de financiación pública, y la cobertura de aquellos tratamientos que el sistema público no facilita, aunque a veces estos se denominan seguros de asistencia sanitaria “complementarios”.

Por su parte, los seguros de salud duplicados ofrecen un acceso más rápido a la asistencia sanitaria o a mejores instalaciones a aquellos asegurados que siguen teniendo derecho a una asistencia sanitaria ofrecida por el sistema público. La naturaleza de la relación existente entre la asistencia sanitaria financiada por el estado y la privada, tal y como lo define la frontera sustitutivo/duplicado, puede ser muy diferente, y, por consiguiente, el papel que desempeñan las aseguradoras privadas también varía considerablemente.

Los seguros médicos sustitutivos pueden significar para los asegurados una verdadera alternativa a la prestación de servicios médicos estatales y, asimismo, ofrecen a los proveedores sanitarios otra alternativa frente a la opción de trabajar para el Estado. Hemos marcado en positivo la columna de calidad de la asistencia sanitaria de la tabla (ver página 13) para los modelos sustitutivos porque dichos modelos pueden actuar como una competencia eficaz para la prestación estatal de servicios sanitarios en un segmento significativo del mercado. Por otra parte, las variaciones geográficas y otras que afectan a la prestación pública, que probablemente no se corregirán si no existe competencia, tendrían menos influencia si existiese una alternativa

eficaz, por lo que a partir de este razonamiento quizás marginal, se ha marcado como positiva la columna de equidad en lugar de haber puesto un guión de neutro. El modelo alemán de seguros privados de asistencia sanitaria constituye un buen ejemplo de modelo sustitutivo.

2.4 Integración mínima

Más complicado resulta argumentar que un sistema como el del Reino Unido, en el que los seguros privados son duplicados y actúan de manera paralela e independiente a una prestación pública muy amplia, pueda significar un aumento del acceso a la asistencia sanitaria y contribuir a la equidad. Solamente el alto nivel de prestaciones públicas que ofrece le permite al Estado mantener un enfoque de “no intervención” con una integración mínima con respecto a los seguros privados, al mismo tiempo que dispone de un amplio acceso a los servicios sanitarios. Resulta difícil evaluar el efecto neto que tiene sobre la equidad el hecho de que se destine financiación adicional a la asistencia sanitaria y el aumento de los recursos y de los costes de personal. Sin embargo, parece evidente que el sector de los seguros en el Reino Unido tiene un tamaño relativamente pequeño –incluso si se compara con otros países europeos en donde se valora enormemente la solidaridad social– y que, por consiguiente, en dicho país se depende en mayor medida de la financiación pública.

Existen dudas considerables sobre la sostenibilidad de una financiación pública cada vez mayor. El informe Healthcast 2020 de PricewaterhouseCoopers estima que los gastos sanitarios alcanzarán en Estados Unidos el 21 % del Producto Interior Bruto (PIB) en el 2020 y un promedio del 16% en otros países miembros de la OCDE⁷. El informe también destaca la opinión de los economistas, según los cuales dicha proyección sería absolutamente normal o incluso inevitable. El enriquecimiento de la población en la mayor parte de los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo implica que se disponga de más posibilidades de elección a la hora de gastar el dinero extra. Bienes y servicios

como la asistencia sanitaria suben peldaños en la lista de la compra.

Parece que hay un nivel de gasto del PIB en asistencia sanitaria de financiación pública, que la mayor parte de los países de todo el mundo no querría sobrepasar. De hecho, los gastos públicos en asistencia sanitaria pueden entrar en conflicto con los objetivos políticos preponderantes de los gastos públicos generales en tanto que forman parte del PIB. A este nivel resulta casi inevitable que se produzca algún tipo de integración de la financiación pública y privada de la sanidad. Una opción sería identificar servicios diferenciados que podrían financiarse por medio de los seguros de asistencia sanitaria. De manera general, esta clase de cambio implicaría una transición de los sistemas de seguros de salud “duplicados” hacia otros más “sustitutivos”, así como un aumento del rol de los sistemas sustitutivos allí donde ya estén implantados.

Las autoridades gubernamentales competentes estarían satisfechas de que, ofreciendo un nivel limitado de prestaciones sanitarias públicas, las aseguradoras que operan en un mercado regulado pudiesen financiar las prestaciones sanitarias de una manera suficientemente equitativa. Esta ha sido en general la postura de los Estados Unidos, aunque incluso ahí ha aumentado la proporción de los gastos sanitarios de financiación pública.

En general, tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido hay implantados sistemas duplicados de seguros de salud. Los Estados Unidos combinan sistemas de seguros duplicados con un bajo nivel de prestaciones públicas, que incluyen un mosaico de programas con diferentes objetivos. La mayoría de los países europeos, a excepción del Reino Unido, poseen algún tipo de sistema de seguros de salud sustitutivo. Más difícil resulta clasificar a Australia e Irlanda dado que, a pesar de que los asegurados tienen derecho a asistencia sanitaria financiada pública, la implicación del gobierno en la manera de operar de los seguros privados produce un efecto financiero similar al de un sistema sustitutivo.

⁷ “HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible”, octubre 2005(<http://healthcare.pwc.com>)

2.5 Riesgos compartidos con los asegurados

El compartir riesgos ayuda a influir en el comportamiento de los asegurados y evita las solicitudes de asistencia no relevantes. En principio, los riesgos se pueden compartir tanto con los prestadores o proveedores de servicios sanitarios como con los propios asegurados. En el caso de que se compartan con los asegurados, parte de los costes sanitarios pasan a ser soportados por ellos y se evitan los costes de administración asociados con la gestión de las solicitudes de asistencia menores. No obstante, el hecho de contrarrestar el efecto del “riesgo moral” que va asociado a los seguros de salud (es decir, la manera en la que la existencia de los seguros aumenta la propensión de la gente a hacer uso de los servicios sanitarios) puede no sólo condicionar la forma de compartir riesgos sino que puede constituir también un factor de control de costes.

El efecto del riesgo moral se ve limitado bajo determinadas circunstancias, como es el caso del sistema pre-2006 de los Países Bajos, según el cual las personas que no disponían de seguros de salud privados recibían una cobertura similar por parte del sistema público, pero el efecto es muy marcado en el sistema francés. En Francia, los seguros privados proporcionan principalmente financiación para satisfacer aquellos copagos que el paciente tiene que realizar al utilizar los servicios sanitarios públicos. Según un estudio reciente, existe un 86% más de probabilidades de que los adultos que poseen un seguro privado vayan al médico que aquellos que no lo tienen⁸. El sistema público paga alrededor de dos tercios de los costes de asistencia sanitaria, por lo que es este sistema el que soporta la mayor parte del coste del uso adicional.

Un cierto grado de compartición de riesgo es probablemente parte de la contribución de los seguros de salud a la gestión de la demanda de asistencia sanitaria. El reto consiste en distinguir adecuadamente entre la demanda optativa de asistencia y la obligatoria, es decir, aquélla en la que los asegurados no tienen más remedio que recurrir a su

póliza, convirtiendo así el hecho de compartir riesgos en algo poco aceptado y sobre todo innecesario. A modo de ejemplo, unos copagos significativos para un tratamiento básico de maternidad disminuirían el atractivo de un servicio de seguros de este tipo. La escalada de copagos fue un problema que limitó, en el pasado, la expansión de los seguros de salud en Australia.

Una desventaja de los modelos de riesgos compartidos, a no ser que haya excepciones para determinadas prestaciones, es que no fomentan la solicitud de tratamientos que no sean urgentes, especialmente cuando el problema de salud es a largo plazo.

2.6 Riesgos compartidos con los proveedores de servicios sanitarios

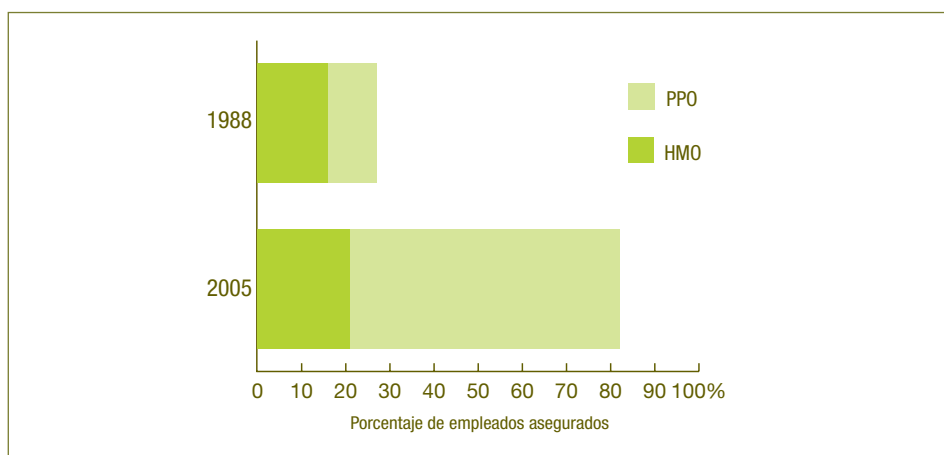
En Estados Unidos se ha prestado una gran atención al comportamiento del proveedor de servicios sanitarios. Está claro que cualquier sistema que paga a sus proveedores por actividad se expone a alentar actividad inadecuada. El reto es encontrar un camino para compartir con el proveedor de servicios sanitarios los beneficios económicos que la aseguradora consigue a partir de una atención más eficiente. Una integración más estrecha entre las aseguradoras y los proveedores de servicios sanitarios es un camino para

alinear intereses y promover una atención eficiente. Ha sido básicamente este reto, según nuestro punto de vista, el que ha sido responsable del desarrollo de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y las Organizaciones de Proveedores Preferenciales (PPO) en los Estados Unidos, tal y como se destaca en la Figura 3. Dichas organizaciones constituyen lo que genéricamente se llama asistencia gestionada (*managed care*) en estados Unidos.

Pero, gestionar la eficiencia en el momento que es necesaria la atención sanitaria solo se puede llevar a cabo gestionando la demanda. El estudio de PricewaterhouseCoopers HealthCast 2020 cita a Dick Pettingill, Director Ejecutivo de la aseguradora Allina Health System, que decía «todos los sistemas financieros se configuraron para recompensar las actuaciones cuando la atención sanitaria es crítica, y no existe ningún incentivo para intentar adelantarnos y realizar prevención inicial y diagnósticos precoces⁹.»

Los Estados Unidos gastan más per cápita que cualquiera de los otros países de la OCDE, pero en cuanto a la esperanza de vida se encuentra solo en el 22º lugar. El aumento del énfasis en la prevención es, sin duda, una parte del camino para conseguir una utilización más eficaz de los recursos (véase sección 2.10).

Figura 3: Número de empleados asegurados con Plan de Salud en los EE.UU.



Fuente: Fundación Kaiser/Sociedad Educativa de Investigación Sanitaria (HRET) Employer Health Benefits: Encuesta anual, 2005.

⁸ OCDE, Datos de salud, “Seguros privados de salud en Francia”, 2004

⁹ “HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible”, octubre 2005 (<http://healthcare.pwc.com>)

04 ¿En qué consiste un buen seguro de salud?

La gestión cada vez más rigurosa de los costes de atención en el momento de la prestación que han implantado los planes de salud de las HMO y las PPO ha creado, a pesar de moderar el aumento de los costes, conflictos e insatisfacción de los consumidores. Una de las reacciones ha sido el reciente crecimiento de los Planes de salud para el consumidor (CDHP), mediante los cuales el tomador del seguro puede buscar con toda libertad la mejor atención y tratamiento dentro de los límites de cobertura. Normalmente, los planes constan de un seguro de salud con una franquicia elevada y una cuenta de ahorros que, de hecho, sirve como fuente de ingresos para ayudar a pagar dicha franquicia.

Fuera de los Estados Unidos, la proporción considerablemente menor de gasto sanitario que pagan las aseguradoras significa que su influencia en el comportamiento de los proveedores de asistencia sanitaria también es menor. Sin embargo, lo que se persigue en los Países Bajos con las reformas, es que las aseguradoras ejerzan una influencia mucho mayor sobre los proveedores de servicios sanitarios.

2.7 Sistema de primas fijas

Un sistema de primas fijas consiste en que todos los asegurados tengan que pagar por su seguro la misma prima, independientemente de su edad, sexo o estado de salud, y las aseguradoras tienen que:

- Garantizar la aceptación de todas las solicitudes;
- Garantizar la renovación de las pólizas existentes; y
- Garantizar que no exigirá ningún tipo de exclusión en las pólizas.

No obstante, algunos sistemas en los que no se cumplen al cien por cien dichas condiciones también se englobarían bajo la etiqueta de seguros de prima fija colectiva o de “prima fija ajustada”. La motivación principal de los modelos de prima fija colectiva es la “equidad” o acceso igualitario. Su objetivo social consiste en aumentar la participación de la población en el mercado de los seguros de salud para así incrementar el acceso a

la asistencia sanitaria. Normalmente tiene éxito en tanto en cuanto aquellos mercados en los que se imponen los sistemas de prima fija colectiva también cuentan con altos índices de participación.

También se puede pensar que estos sistemas reducen los costes administrativos, dado que se evita la realización de procesos independientes para cada asegurado. No obstante, el no tener que valorar el riesgo que suponen los asegurados ha conducido a la realización de otras actividades encaminadas a atraer más asegurados deseables. Australia constituye un buen ejemplo de este proceso. Allí se adaptan las prestaciones para atraer a segmentos concretos del mercado y se ha producido un significativo aumento de dichos productos, cada uno con su propia prima fija. Los sofisticados esfuerzos que se realizan para generar y evaluar el comportamiento de las pólizas dirigidas a un grupo en concreto invalida en cierta medida el argumento de que con este sistema se reducen los gastos de gestión de pólizas individuales.

2.8 El impacto en los costes sanitarios

El impacto de los sistemas de primas fijas sobre los costes sanitarios está vinculado a la propia naturaleza de dichos sistemas y a cualquier mecanismo de compensación de riesgos que conlleven. Las aseguradoras siguen estando interesadas en minimizar los costes sanitarios pero ha disminuido la capacidad de mostrar que la gestión asistencia sanitaria-coste produzca beneficios. Por ejemplo, en el entorno de un sistema puro de prima fija resulta más difícil ver la posibilidad de que los diabéticos estén cubiertos de una manera rentable a cambio del pago de una prima apropiada. La pérdida del vínculo directo entre los grupos de riesgo y la valoración de las primas implica que no exista una clasificación por enfermedad en virtud de un tratamiento eficiente. El enfoque se convierte entonces en no fomentar la solicitud del seguro de los grupos que tengan riesgo de sufrir una determinada enfermedad. La rentabilidad que produce la gestión es menos específica y, por lo tanto, resulta probablemente un motivador menos poderoso de gestión de costes sanitarios.

A menudo, los sistemas de prima fija colectiva están vinculados a los pagos de compensación de riesgo. La forma exacta de los pagos de compensación de riesgo también puede disminuir los incentivos para una gestión eficiente de los costes sanitarios (ver apartado 2.9).

Los sistemas de primas fijas son característicos del mercado de seguros de salud, en especial en Australia, Irlanda y algunas partes de los Estados Unidos. La mayor parte del mercado de los Estados Unidos se basaba en estos sistemas cuando se empezaron a implantar los seguros médicos de forma masiva en la década de los 30 y de los 40. Blue Cross y Blue Shield (a menudo conocidos como “the Blues”) fueron fundadas originariamente por hospitales sin ánimo de lucro (Blue Cross) y por sociedades médicas (Blue Shield) en los años 30 como organizaciones sin ánimo de lucro dedicadas a ampliar el acceso financiero a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, se basaron en un modelo de seguros de prima fija colectiva. En su momento tenían muy poca competencia y sólo tras el crecimiento acusado en los Estados Unidos de las aseguradoras con ánimo de lucro en la década de los 50, tuvieron que abandonar dicho sistema de primas fijas al no disponer de ningún mecanismo de compensación de riesgos.

La obligación de estos sistemas de renovar los contratos de seguros anima a las aseguradoras a fomentar los cuidados preventivos de salud, aunque, considerando el coste que supondrán dichos cuidados, mucho antes de poder observar los beneficios, puede hacer perder el atractivo a este enfoque. Las reservas para la vejez pueden, por otra parte, como en el caso del modelo alemán, ayudar a incentivar cuidados preventivos eficientes, al menos en teoría.

2.9 Compensación de riesgo

La compensación de riesgos es un mecanismo mediante el cual las aseguradoras pueden ser compensadas por aceptar asegurar a personas de riesgo en un mercado con primas reguladas o fijas. Dicho mecanismo se suele financiar con contribuciones realizadas por aseguradoras con un perfil

de asegurados de menor riesgo, quizá más jóvenes.

Los mecanismos de compensación de riesgos ayudan a que las aseguradoras que trabajan con sistemas de seguros de prima fija colectiva no se preocupen demasiado por evitar a los clientes de mayor riesgo.

Estos mecanismos fomentan la solidaridad en un sistema de seguros de primas fijas, asegurando que todos puedan acceder a un seguro, manteniendo así un mercado sin trabas e intentando evitar la denominada “espiral de la muerte de las primas”. Este fenómeno se produce cuando la existencia de un número demasiado elevado de asegurados de alto riesgo o de mayor edad provoca el aumento de las primas fijas que todos tienen que pagar igualmente. Cuando esto ocurre es muy probable que los asegurados más sanos rescindan sus contratos de seguros, provocando así una nueva “espiral de la muerte”. Este proceso podría, en teoría, conducir al colapso de la aseguradora y su incidencia fortuita haría que otras aseguradoras no quisiesen introducirse en el mercado de los seguros.

La compensación de riesgos funciona en Australia, los Países Bajos, el sector gestionado por el estado de Alemania, y también forma parte del nuevo sistema de Irlanda. Existen numerosas formas de realizar la compensación de riesgos, pero normalmente se segmentaría el mercado según criterios de edad, sexo y, probablemente, estado de salud. Posteriormente se identificarían los costes de solicitudes de asistencia por póliza en cada segmento o “celda” y, finalmente, se recaudarían contribuciones de aquellas aseguradoras con muchas celdas de bajo coste y se realizarían “pagos de compensación” a favor de aquellas aseguradoras con un gran número de celdas de alto coste.

El problema es que si con un sistema de este tipo todas las aseguradoras van a soportar el mismo coste de solicitudes de asistencia medio por póliza independientemente de los costes reales por solicitudes de asistencia de cada asegurado, entonces no va a existir aliciente alguno para gestionar los costes

sanitarios reales u otros costes que formen parte del mecanismo de compensación de riesgos. En este sentido, el sistema australiano ha sido objeto de muchas críticas. De igual manera, la compensación de riesgos puede afectar al rendimiento de los esfuerzos realizados por cada aseguradora en particular, a favor de los cuidados preventivos de salud.

El sistema que se está implantando en Irlanda por primera vez este año parece atractivo, dado que parece menos probable que disminuya los alicientes para gestionar los costes sanitarios. Los pagos compensatorios se basan en los costes de la propia aseguradora para cada celda de edad/sexo. Por otra parte, consideramos que este sistema puede animar a las aseguradoras a obtener beneficios gestionando aspectos del perfil médico de cada asegurado. Los efectos generales de los mecanismos de compensación de riesgos son complejos y los resultados dependen de los criterios de cálculo empleados.

2.10 Las reservas para la vejez deberían favorecer los cuidados preventivos de salud

Los seguros de salud privados financiados con primas niveladas son los únicos, según nuestro punto de vista, de entre los mecanismos de financiación públicos y privados, que parecen incentivar los cuidados preventivos de salud desde el punto de vista económico. Por lo tanto, deberían constituir una opción valiosa para las autoridades responsables. Las reservas para la vejez son fondos que se crean de manera natural mediante contratos a largo plazo de primas constantes. La posibilidad de que estas reservas creen pérdidas o beneficios debería, en principio, fomentar esfuerzos a favor de los cuidados preventivos. Alemania constituye el mejor ejemplo de este tipo de financiación.

El hecho de que estos contratos sean a largo plazo, como por ejemplo en Alemania, es lo que los hace diferentes. Resulta difícil pensar en algún marco basado en contratos de 12 meses que sea eficaz a la hora de incentivar los cuidados preventivos. Los sistemas públicos de

pago por prestación de servicios se enfrentan a unos problemas similares a la hora de incentivar los cuidados preventivos, si bien se pueden tomar decisiones favorables para programas concretos si se dispone de la financiación necesaria.

Puede que a los asegurados les atraiga la idea de las compensaciones lo suficiente como para comenzar y pagar por cuidados preventivos. Igualmente, puede que algunas empresas que corren con los gastos de los seguros de asistencia sanitaria de sus empleados, tengan en cuenta tales costes para fomentar los cuidados preventivos a favor de las aseguradoras o de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud que se dedican a ello. El problema es que estos aspectos sólo pueden alcanzar un peso limitado debido a la presión de los objetivos a corto plazo y por la gran envergadura del reto que supone la necesidad de cuidados preventivos, teniendo en cuenta que hay que gestionar de manera sostenible los costes generales. Además, la rotación del personal también puede disminuir los incentivos cuando son las empresas las que facilitan los seguros de salud. Puede ocurrir que una empresa corra con los gastos mientras que sea la siguiente que la sustituya la que reciba los beneficios.

La mayor objeción a los seguros de asistencia sanitaria financiados de primas niveladas es que permiten una movilidad muy restringida de una aseguradora a otra, debido a la acumulación de reservas para la vejez con la aseguradora actual. Algunas propuestas recientes realizadas en Alemania a favor de la introducción de “valores de transferencia” entre aseguradoras podría ser una solución a la cuestión de la movilidad y podría, por consiguiente, fomentar la competencia. No obstante, el sistema alemán está muy regulado y puede que esta solución se vea como una desventaja.

2.11 Otras ventajas de las reservas para la vejez

Los seguros médicos de primas niveladas que funcionan con una base sustitutiva extienden, excepcionalmente, la cobertura de los seguros privados a los

04 ¿En qué consiste un buen seguro de salud?

años posteriores a la jubilación entre la población cubierta. Esto contrasta con el Reino Unido, por ejemplo, en donde el aumento de los costes de los seguros para la gente mayor puede hacer de la cobertura una propuesta poco accesible. También contrasta con la situación en Estados Unidos, en donde las presiones de los costes amenazan la sostenibilidad de las prestaciones sanitarias para los jubilados dadas por las empresas.

El sistema cuenta con las siguientes ventajas:

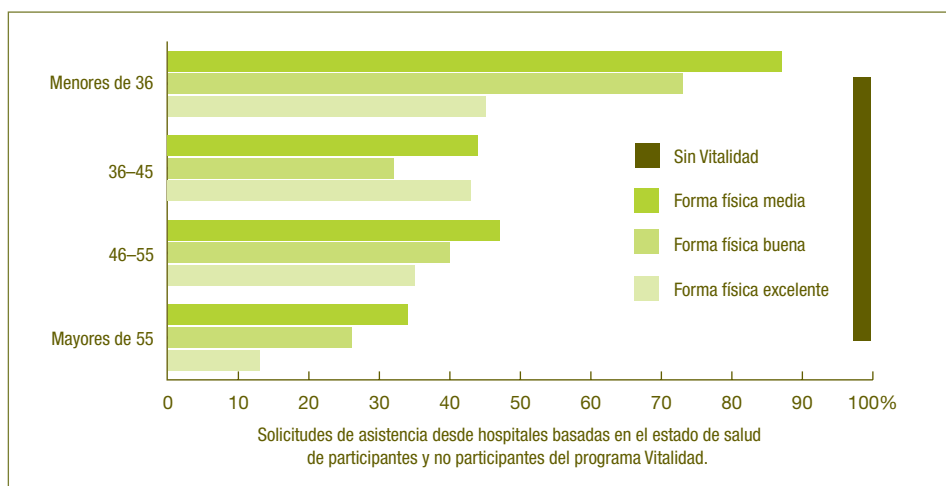
- Los asegurados no dependen de un sistema de pago por servicio prestado con criterio de caja, sin generación de reservas, una vez jubilados;
- Se pueden predecir mejor los costes tanto para los empleados como para las empresas, dado que los costes futuros no dependen de las condiciones de renovación de los contratos de 12 meses, y
- Los factores demográficos de los sistemas de pago por servicio prestado con criterio de caja, sin generación de reservas, no afectan a los costes.

La previsibilidad, sin embargo, puede verse reducida por el alcance de los ajustes de las tarifas de las primas.

Australia ha introducido el componente de clasificación por la edad de entrada al sistema de seguros privados de asistencia sanitaria de primas fijas. Puede que existan propuestas que aboguen por un sistema similar en Irlanda. En los Estados Unidos ya ha habido propuestas para aumentar las cuentas de ahorro para gastos médicos, para disponer de una atención sanitaria más eficaz tras la jubilación. Todos estos se presentan como pasos para gestionar de manera más eficaz las presiones a las que se ve sometido el sistema. Irónicamente, aunque quizás también inevitablemente, se está analizando al detalle el propio sistema alemán y algunas propuestas más recientes caminan en el sentido contrario, hacia un sistema de ausencia de financiación para la vejez.

Existen también otras maneras imaginativas de fomentar los cuidados sanitarios preventivos. Discovery Health, una aseguradora con sede en Sudáfrica,

Figura 4: Impacto del Programa Vitalidad de Discovery en el gasto en asistencia sanitaria.



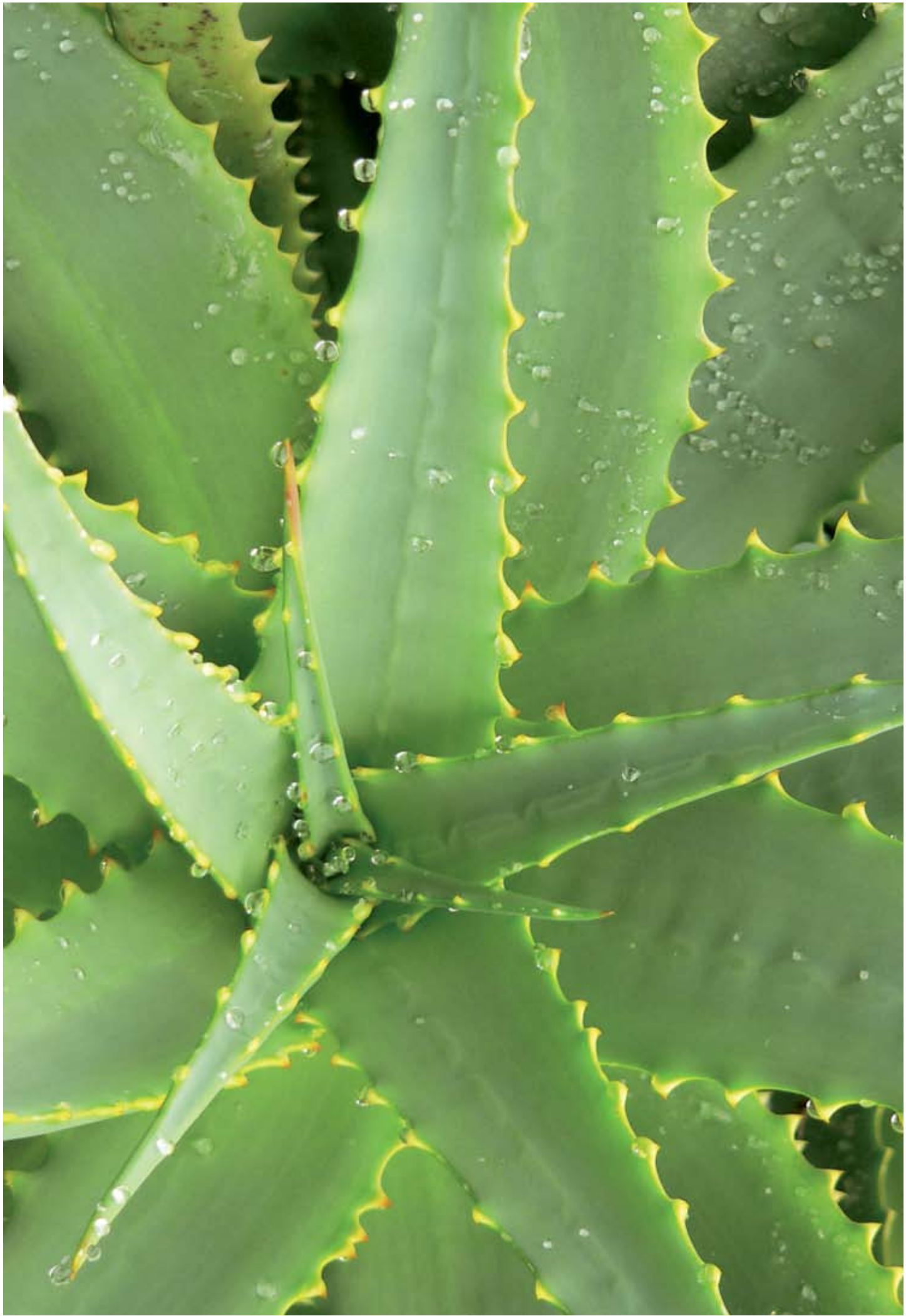
Fuente: Convención del Instituto de Actuarios 2005, presentación de PruHealth y datos de Discovery.

basa su modelo de negocio en los cuidados preventivos. El mercado sudafricano opera con un sistema de primas fijas, pero no dispone de mecanismos de compensación de riesgos. Discovery respondió a esta ausencia creando un producto diseñado para ofrecer ventajas a los asegurados de bajo riesgo. A los asegurados que se incorporan al programa "Vitalidad" hacia un estilo de vida más saludable, como por ejemplo dejando de fumar, alcanzando el peso correcto o mejorando su forma física, se les recompensa con viajes y prestaciones de ocio y entretenimiento.

En el Reino Unido, Discovery ejerce su actividad a través de una empresa conjunta con Prudential. El mercado británico no está basado en sistemas de seguros de prima fija colectiva, por lo que esta empresa conjunta (PruHealth) puede ofrecer descuentos en la prima para aquellos asegurados que siguen el programa Vitalidad. Dicho programa está asociado a unas significativas mejoras con respecto a las solicitudes de asistencia (ver Figura 4).

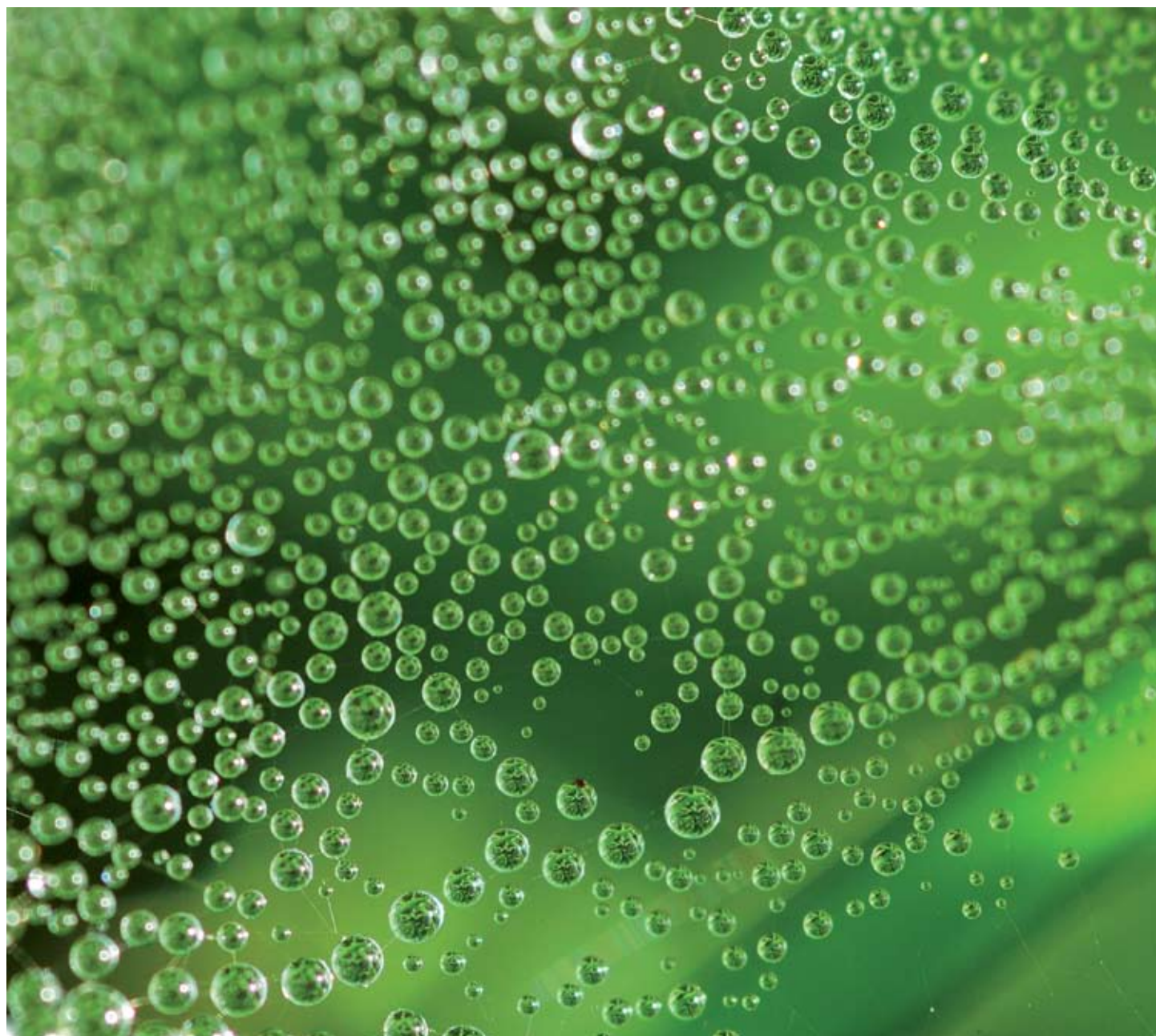
No obstante, resulta difícil distinguir la causa y el efecto. Por ejemplo, la propia promoción del programa Vitalidad puede implicar por sí misma una selección en el

estado de salud de los asegurados al comienzo de la relación contractual. El motivo de que se hayan producido más solicitudes de asistencia en el grupo de "excelente forma física" de entre 36 y 45 años que en el de "buena forma física" no está del todo claro, aunque las lesiones causadas por la práctica de deportes podrían ser una razón. También hemos considerado que el modelo de Discovery puede reducir el coste de las solicitudes de asistencia por temas "primarios" o por situaciones que suponen un riesgo para la salud, pero tendría, por el contrario, un efecto menos significativo en los temas de salud secundarios que constituyen la mayor parte de los costes por solicitudes de asistencia privadas en los mercados de seguros duplicados. No obstante, resulta claro que introduce una mejora en la cuestión de las solicitudes de asistencia y que las tarifas de las primas son más competitivas.



05 La experiencia de los países

Australia	Países Bajos
China	Suiza
Francia	Reino Unido
Alemania	Estados Unidos
Irlanda	España



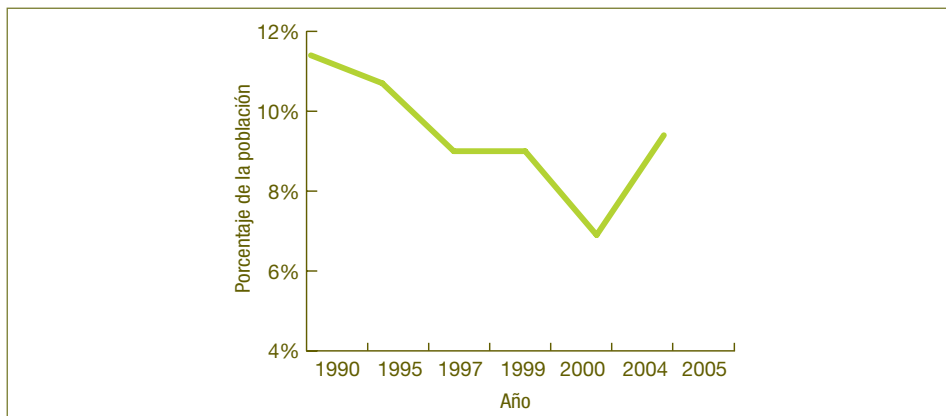
La financiación privada resulta demasiado útil como para olvidarla a medida que la población envejece. El gobierno australiano ha conseguido romper el círculo vicioso que se había producido en los 90 con la subida de precios y la resistencia que oponían los consumidores.

Hace ya tiempo que el gobierno de Australia se ha comprometido a apoyar la existencia de un buen y amplio sector de seguros privados de asistencia sanitaria. Según su Departamento de Salud y Vejez: "La Commonwealth se ha comprometido a asegurar que los australianos puedan escoger la asistencia sanitaria que reciben a través del mantenimiento de un sector de seguros privados viable que funcione de manera paralela a un sistema público de alta calidad con garantía de acceso para todos¹⁰".

No es de extrañar, por tanto, el alto índice de participación de la población australiana en el mercado de los seguros de salud, a pesar de que hubo una gran caída en las décadas de los 80 y de los 90, superada ahora gracias a las reformas de 1999 y 2000 (ver Figura 5).

Los seguros de salud privados financian una gran parte de los gastos sanitarios totales y puede que el apoyo gubernamental al sector se deba al reconocimiento de que la financiación privada será útil a medida que la población envejece (ver Figura 6).

Figura 6: Porcentaje de los gastos sanitarios cubiertos por los seguros privados



Fuente: Departamento de Salud y Vejez, Consejo de Administración de Seguros de Salud Privados, OCDE.

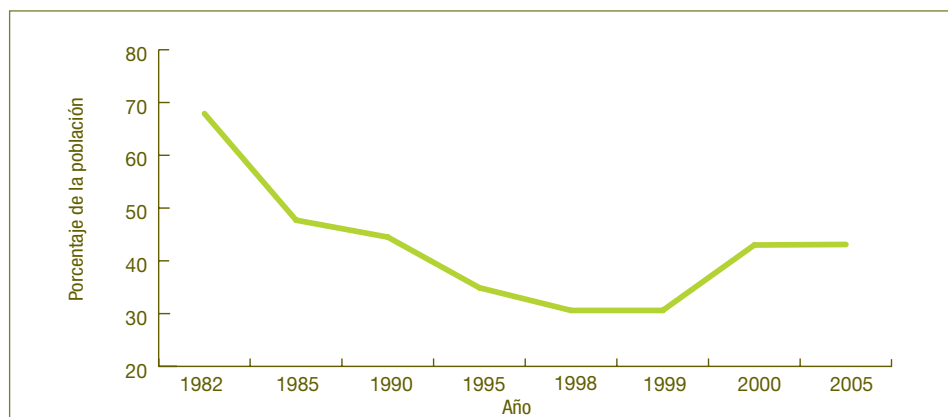
En Australia, los seguros privados de asistencia sanitaria están regulados para operar mediante primas fijas. Se cobran primas uniformes independientemente de la edad, sexo o estado de salud.

Los seguros de salud cubren principalmente la asistencia hospitalaria privada. A este respecto se pueden distinguir dos componentes. En primer lugar, el hospital cobra por unos gastos de alojamiento y de quirófano que la aseguradora satisface, con sujeción a copagos y deducibles. En segundo lugar, en cuanto a los honorarios de los médicos, el 75% de los mismos los paga

el sistema estatal (Medicare) a través de la financiación pública, mientras que las aseguradoras privadas deben financiar el 25% restante de la escala de Medicare, y deberán asimismo pagar la totalidad o parte de las cantidades en las que las cargas médicas privadas excedan a la escala de Medicare. Los asegurados siguen teniendo derecho a la asistencia sanitaria de financiación pública.

Por lo tanto, existe una contribución pública significativa (que supone el 75% de los gastos de la escala de Medicare) a la asistencia privada. El efecto financiero que esto produce es similar al de un sistema sustitutivo, en el sentido de que las primas resultantes más bajas deberían equivaler a reembolsos a favor de los asegurados por su contribución con los impuestos relacionados con el Medicare.

Figura 5: Índice de penetración en el mercado de los seguros privados de asistencia sanitaria de la población australiana



Fuente: Consejo de Administración de Seguros de Salud Privados (PHIAC).

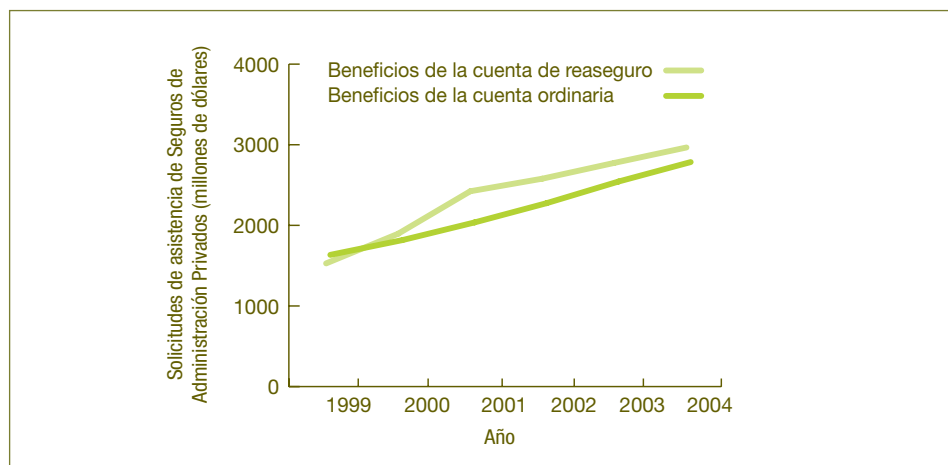
Sistema de primas fijas y riesgo

El sistema de primas fijas permite una clasificación de primas diferente para solteros, parejas y familias, pero nunca en función de la edad o el estado de salud. A pesar de que el sistema de primas fijas viene impuesto por la ley, el mecanismo de compensación de riesgos implantado actualmente es rudimentario y raramente ha sido objeto de revisiones. La mayor parte de los costes (79 %) de los tomadores del seguro que tienen más de 65 años o que están más de 35 días cada año ingresados en el hospital, se someten a un proceso de compensación en el que el importe del

¹⁰ Departamento australiano de Salud y Vejez (www.health.gov.au)

06 Australia

Figura 7: Solicitudes de asistencia de seguros sanitarios privados en Australia



Fuente: Consejo de Administración de Seguros de Salud Privados.

gasto es sustituido por un coste relacionado con la participación de ese gasto sobre el total de las solicitudes de asistencia del mercado (dicha participación se basa en la cuota de costes de las Unidades de Equivalencia Únicas, SEU). Este mecanismo se conoce como un arreglo de «reaseguro», aunque los gastos normalmente no se pagan de acuerdo con su riesgo.

Las solicitudes de asistencia que llegan a la cuenta de reaseguro son importantes y parece que ascienden hasta alrededor de la mitad de las solicitudes de asistencia pagadas (véase Figura 7).

El sistema de compensación del riesgo aún deja a las aseguradoras expuestas, entre otros factores, a las variaciones en cuanto a la experiencia con las prestaciones debido a la edad para aquellos menores de 65 años y la prevalencia de las grandes familias en el entorno del asegurado. Las aseguradoras han intentado gestionar sus riesgos mediante la variación de los beneficios que ofrecen en diferentes productos para atraer a los asegurados con unos perfiles específicos. Los productos que ofrecen diferentes beneficios pueden tener diferentes primas dentro del sistema del tipo de prima fija colectiva. Por lo tanto, existen productos dirigidos a la gente joven que hacen hincapié, por ejemplo, en

los beneficios relacionados con el deporte y el embarazo; y productos dirigidos a gente más mayor, que se centran por ejemplo, en los tratamientos auxiliares para el dolor de espalda.

Estos productos tienen diferentes porcentajes y, en general, cada uno de estos productos no parecerá adecuado para los asegurados que no formen parte del sector al que van dirigidos. Por lo tanto, a través de este sistema existe un grado informal de clasificación por edad. Las bajas prestaciones mínimas para el seguro sanitario privado son uno de los

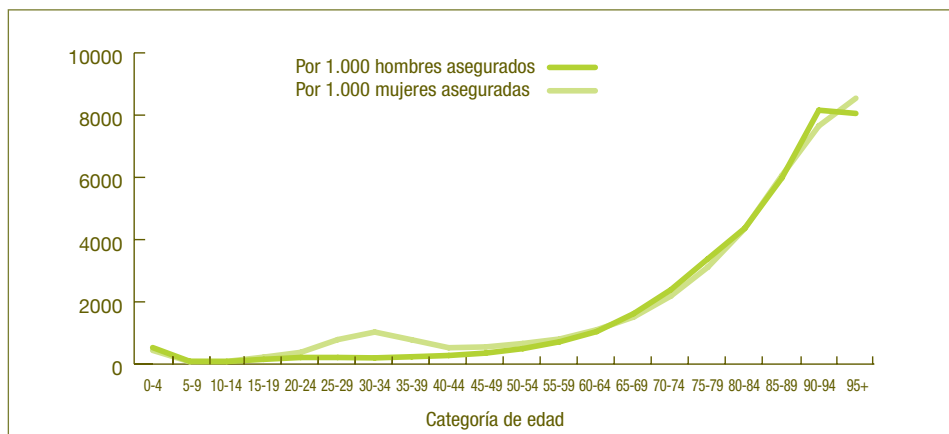
factores que han ayudado a potenciar el comportamiento actual del mercado.

Selección negativa

La espectacular caída en el número de solicitudes de seguros sanitarios privados en los años ochenta y noventa fue el resultado, al menos en parte, del aumento de las primas y de la reticencia a comprar que tenía la gente joven y sana. Esto dio lugar a un círculo vicioso, con un aumento posterior de los precios, provocando más adelante una selección negativa; ya que, de forma progresiva, el producto pasó a ser menos atractivo para los segmentos sanos de la población.

Dicho círculo se rompió, en concreto, mediante dos medidas que se introdujeron en 1999 y 2000, que fueron la devolución de un 30 % de las primas de las aseguradoras sanitarias privadas y la conocida «cobertura sanitaria vitalicia». El reembolso del 30 %, mediante el cual el gobierno paga el 30 % de las primas, pareció estabilizar el mercado con un poco más del 30 % de la población cubierta. Pero, lo que pareció provocar una fuerte recuperación del mercado fue el anuncio de la cobertura vitalicia en septiembre de 1999 y su implantación en julio del año 2000. La cobertura de los seguros sanitarios privados pasó del 32,2 % en marzo del 2000 a un 43,0 % en julio del 2000, y alcanzó el 45,7 % en septiembre de ese mismo año. Al mismo tiempo, la

Figura 8: Días en hospitales por 1.000 asegurados 2004-2005



Fuente: Consejo de Administración de Seguros de Salud Privados.

cobertura del grupo de edades comprendidas entre 30 y 34 años, que era solo del 26,9 % en marzo del 2000, creció hasta llegar al 45,9 % en septiembre del 2000.

La cobertura vitalicia permite a la aseguradora variar las primas en función de la edad con la que se contrata el seguro. Las primas pueden, por lo tanto, variar hasta un 2% por cada año a partir de los 30 años, edad con la que se inicia el seguro. Pero una vez que el asegurado contrata su seguro, la prima ya no puede variar posteriormente en función de la edad, el sexo o el estado de salud.

Según se puede observar en la Figura 8, al menos con respecto a los varones, el incremento permitido en la prima en función de la edad es probablemente menor que el necesario para estar totalmente acorde con el aumento en costes. No obstante, sigue siendo un avance considerable con respecto al sistema inicial de primas fijas y guarda ciertas similitudes con el sistema privado alemán basado en la edad de inicio. No obstante, el sistema australiano sigue siendo una solución de pago por servicio prestado con criterio de caja, sin generación de reservas.

Gaps asistenciales

Uno de los frenos más grandes a la expansión del sector es el nivel de copagos que requiere el asegurado. Estos copagos se denominan *gaps* hospitalarios o médicos, de acuerdo a si son los honorarios hospitalarios o del médico los que causan el gasto que debe ser pagado con dinero de bolsillo. Hasta 1995, existían restricciones que limitaban la capacidad de las aseguradoras para cubrir estos *gaps*, pero desde entonces han sido capaces de realizar contratos directos con los hospitales para asegurar que su cobertura no dejaría lugar a *gaps* que tuviesen que pagar directamente los asegurados. Estadísticas recientes indican que más del 80% de los servicios de los hospitales se lleva a cabo sin *gaps*, aunque la cantidad de dichos *gaps* varía enormemente según el procedimiento de que se trate.

Un reto para las aseguradoras que se mueven en un entorno de primas fijas con cobertura universal por parte del sector público han sido los asegurados tipo “cojo lo que necesito y me voy”: aquellos que contratan seguros cuando saben que más los van a necesitar y después rescinden sus contratos una vez finalizado el tratamiento que necesitan. Existen ciertas posibilidades de excluir a aquellas personas con unas condiciones determinadas preexistentes durante un periodo limitado de tiempo que ayudan a las aseguradoras a atajar este fenómeno.

El reembolso del 30% ha ampliado probablemente la definición de los beneficios secundarios. Mientras que, en un principio, los beneficios secundarios o adicionales eran tratamientos que no estarían cubiertos por Medicare, ahora se han convertido en un factor utilizado para atraer a determinados segmentos del mercado ofreciendo productos y servicios (o contribuciones para cubrir los costes de los mismos) que sólo guardan una relación muy pequeña o directa con el gasto médico normal.

07 China

La cobertura de la asistencia sanitaria en China ha sido incompleta y cara. No obstante, las necesidades del consumidor y las políticas gubernamentales se han unido para crear un importante mercado de seguros médicos en beneficio de la salud de la nación, y de la economía.

China, uno de los participantes más recientes en la economía de mercado internacional, posee un sistema relativamente nuevo de Seguridad Social (SIB) creado en 1998, que deja un amplio espacio para que el mercado de seguros de salud privados pueda prosperar. El total de las primas de seguros de asistencia sanitaria comerciales suponía alrededor de 22 billones de RMB a finales del año 2004 y las primas de salud crecen a un ritmo superior que en el mercado de los seguros de vida en general (ver Figura 9). Los seguros de salud a nivel individual dominan actualmente el mercado y la cobertura de enfermedades críticas constituye la categoría más popular en China.

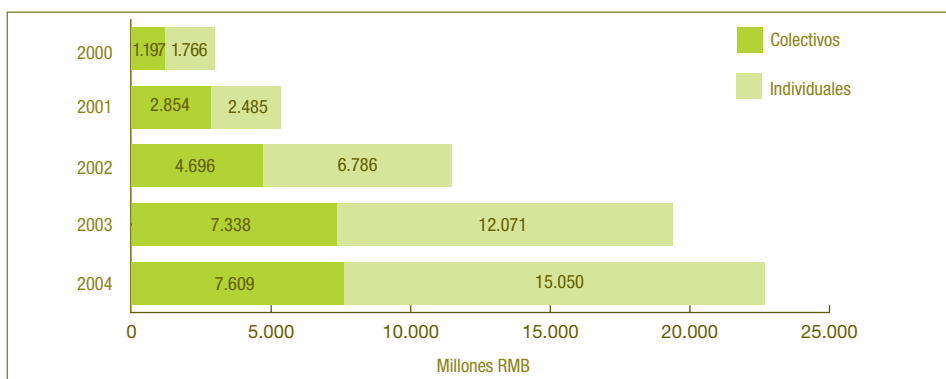
El nuevo sistema de financiación pública, SIB, se basa en dos cuentas: un fondo común y otro individual o de particulares, ambos funcionando a nivel provincial. Las empresas pagan alrededor del 6% de las nóminas totales y los particulares alrededor del 2% del salario. Dicho porcentaje varía entre ciudades en función de su situación económica. Habitualmente, las ciudades más desarrolladas requieren un nivel superior de contribuciones de ambas partes.

El fondo individual sólo puede utilizarse para pagar los gastos derivados de enfermedades menores, mientras que los fondos comunes se utilizan para cubrir los costes de los tratamientos que suponen entre el 10% y el 400% de los salarios medios anuales en cada localidad. No obstante, los particulares también tienen que pagar una parte proporcional de dichos costes, con la posibilidad de solicitar su devolución de los fondos comunes. Esta parte proporcional puede variar no sólo según la provincia, sino también según la calidad del hospital que se utilice.

Algunas regiones han creado fondos para cubrir los gastos médicos derivados de enfermedades críticas. Algunas empresas, por su parte, contratan seguros privados adicionales.

El SIB sustituye un sistema de financiación pública total, pero que nunca había ofrecido una cobertura universal completa. Hasta

Figura 9: Primas de seguros médicos en China –colectivos e individuales



Fuente: Anuario de Seguros Chino (2001-2004).

1998, China proporcionaba asistencia sanitaria gratis a todos los funcionarios y a los empleados de las empresas estatales. Sus familias también se beneficiaban de tarifas reducidas. La asignación presupuestaria del gobierno cubría todos los gastos de los tratamientos médicos, las medicinas y la hospitalización para los funcionarios. Las empresas estatales pagaban los costes de sus empleados. Los habitantes de las zonas rurales normalmente tenían acceso a la sanidad subvencionada a través de una red de «médicos descalzos». Como los sistemas similares en otros países, el sistema sufrió presiones de cambio procedentes de distintas direcciones.

No había un sistema eficaz para contener los gastos hospitalarios o de los pacientes, lo que provocaba un aumento rápido de los costes sanitarios y grandes pérdidas. La asistencia sanitaria en las áreas menos desarrolladas, o de las empresas con pocos beneficios, no eran suficientes para poder proporcionar las prestaciones

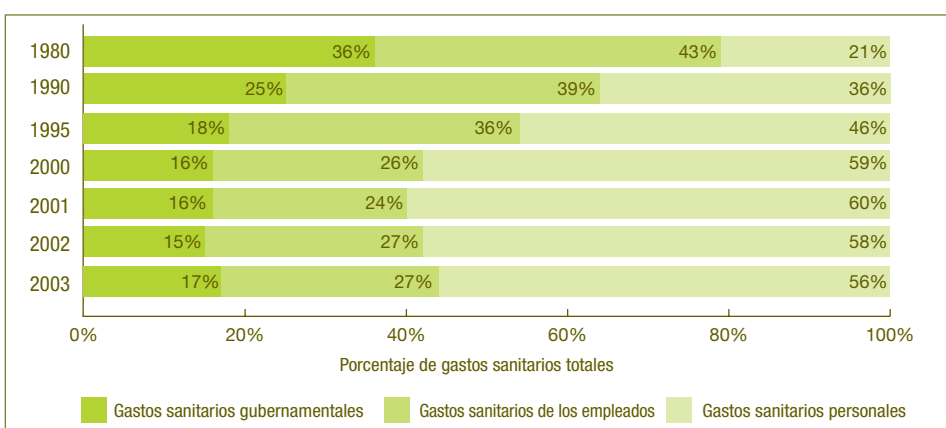
correspondientes a los trabajadores. La cobertura era escasa. Las empresas extranjeras, en ese momento en auge, y las privadas no estaban cubiertas por el sistema anterior a 1999. Los recursos financieros de las empresas estatales cada vez eran más escasos, con un descenso del flujo monetario y el rápido envejecimiento de la población.

Sin embargo, los gastos no gubernamentales representan una gran proporción del total de los gastos sanitarios de China. Dado el bajo nivel de cobertura sanitaria, los gastos sanitarios personales son más del 50 % del total y la proporción que paga el gobierno ha disminuido (véase Figura 10).

Una reforma lenta

La investigación de mercado indica que los costes de los tratamientos médicos constituyen una de las mayores preocupaciones de los consumidores chinos

Figura 10: Tendencia de los costes sanitarios desglosados en China



Fuente: Ministerio de Salud, República Popular de China.

y una de las causas de que exista en China un promedio de ahorro excepcionalmente alto. No obstante, con el fin de absorber a la población que se desplaza de los medios rurales y de las viejas zonas industriales (cinturón de industrias obsoletas) resulta necesario que la economía china siga creciendo y que los consumidores sigan realizando gastos. Por lo tanto, una reforma sanitaria y la reducción de la necesidad de ahorrar grandes cantidades de dinero para cubrir posibles imprevistos sería crucial para la salud de la economía china.

La reforma se ha producido lentamente. Las estadísticas del Ministerio de Salud muestran que, en 2005, tan sólo un 10% aproximadamente de la población total gozaba de la cobertura del régimen nacional. Lo que significa que alrededor de 1.000 millones de personas dependían de sus ahorros o de créditos para costear el tratamiento médico. Un estudio reciente de la OCDE muestra que cerca del 50% de la población urbana y del 80% de la rural no disponen de un seguro que cubra sus costes médicos.

Las limitaciones que plantea el sistema reformado, con respecto tanto al número de personas con acceso a la asistencia financiada como a la cantidad de costes que puede soportar el fondo común, deberían implicar que los seguros de asistencia sanitaria comerciales gozasen de un potencial enorme. En consecuencia, se crearían dos mercados distintos para los seguros privados:

- Una cobertura empresarial relacionada e integrada con el SIB; y
- Seguros de asistencia sanitaria independientes contratados tanto a nivel colectivo como individual.

Rápido crecimiento

Lo que más demandan tanto los asegurados actuales como los compradores potenciales son los fondos de pensiones y la cobertura por enfermedad. El plan de salud más popular lo constituyen los seguros que cubren los gastos médicos pero, a excepción de la cobertura por enfermedades críticas, los datos de penetración en el mercado sugieren que el comportamiento de compra no se corresponde con las necesidades planteadas, a pesar de que existan, hasta cierto punto, productos apropiados para cubrirlas.

A los asegurados chinos no les gusta el concepto de los seguros en función del riesgo y se muestran reacios a contratar seguros con una cobertura sólo de riesgos. Por este motivo los productos para cubrir enfermedades críticas, que también pueden ofrecer prestaciones de ahorro o por fallecimiento, se convierten en una compra de compromiso.

Los resultados derivados de las solicitudes de asistencia por gastos médicos han sido a menudo bastante pobres (ver Figura 11). Algunos hospitales han soportado un índice de solicitudes de asistencia de más del 100%, alcanzando en algunos casos el 200%. Esto se debe principalmente a la ausencia de controles de solicitudes de asistencia y de buenos procedimientos de gestión de riesgos. Algunas compañías consideran que los seguros de salud colectivos están condenados a dar pérdidas.

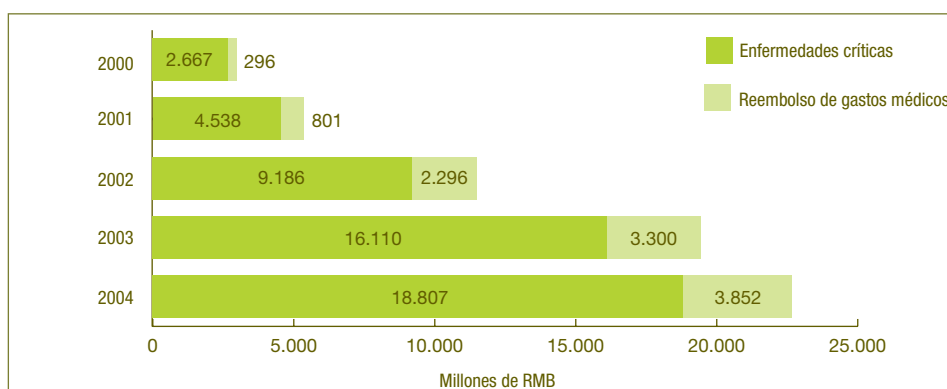
Debido a ciertas limitaciones impuestas por las infraestructuras, las aseguradoras sólo disponen de una capacidad limitada de negociación de descuentos y de condiciones de acceso para sus asegurados, por lo que los servicios de seguros de asistencia sanitaria actuales no siempre resultan necesariamente atractivos. La Comisión Reguladora China de Seguros (CIRC) ha fomentado una contratación de seguros de salud. En 2004 existían cinco aseguradoras especializadas aprobadas por la CIRC. Los productos de salud más importantes tanto a nivel colectivo como individual se pueden dividir en tres categorías básicas:

- Planes para cubrir enfermedades críticas o específicas que ofrecen un pago fijo, normalmente basado en el diagnóstico de las enfermedades específicas, se incurra o no en gastos médicos.
- Planes que cubren gastos médicos reembolsando una parte proporcional de los gastos del tratamiento en el hospital y fuera de él y que incluyen también, en su caso, los pagos no cubiertos por el sistema SIB. Se suele poner un tope de pagos en función de la cantidad asegurada.
- Planes para prestaciones sanitarias determinadas, con un pago fijo basado en el número de días de hospitalización o en el tipo específico de procedimiento médico o quirúrgico. El límite del pago suele ser un número determinado de días de hospitalización o el coste del procedimiento.

Alineamiento de necesidades y políticas

Las necesidades de los consumidores y las políticas gubernamentales se han alineado para crear un importante mercado de seguros de asistencia sanitaria. Los seguros van a actuar como complemento del recientemente creado sistema estatal. Se enfrentarán a un gran reto que requerirá habilidades y conocimientos específicos en temas de salud y un enfoque flexible e innovador del diseño del producto para poder satisfacer las expectativas y preferencias del consumidor chino. Asimismo, deberán obedecer a una gestión rigurosa de las solicitudes de asistencia.

Figura 11: Primas de seguros médicos – enfermedades críticas y reembolso de gastos médicos



Fuente: Anuario de Seguros Chino (2001-2004).

08 Francia

Cuando las aseguradoras francesas, tras demanda ante el Tribunal de Justicia Europeo, obligaron al gobierno a cambiar los impuestos sobre los seguros sanitarios, pudo haberse producido un gran impacto en el sistema asegurador sanitario. Sin embargo, todo ocurrió con relativa calma.

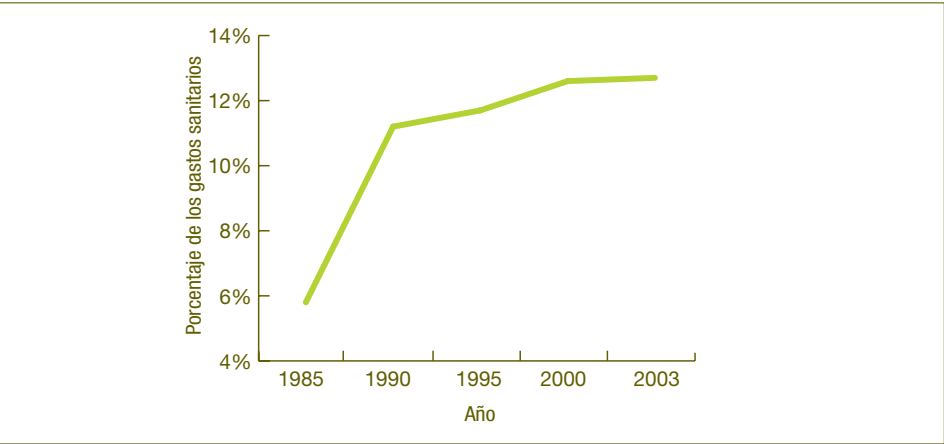
En Francia los seguros sanitarios estatales cubren a toda la población activa, pero no necesariamente para todo lo que necesiten. La demanda de los seguros sanitarios privados surge por la necesidad, que ha aparecido de forma activa en el sistema, de la prestación adicional. La Figura 12 muestra el porcentaje de los gastos sanitarios que pagan las aseguradoras privadas en Francia.

Se necesitan tanto los copagos al sistema público como los seguros privados para ayudar a pagar la “factura del saldo”, donde el médico hace un cargo más elevado que el de la tarifa normal. Alrededor de un 11 % de las visitas al médico de cabecera y el 33 % de las visitas a especialistas dan lugar a una factura de saldo. El copago estatal, denominado *ticket modérateur*, está diseñado para potenciar un uso prudente de los recursos sanitarios y reducir el riesgo moral (moral hazard) que parece que ocasiona la asistencia sanitaria totalmente gratuita en el momento de la prestación. Según las estadísticas de la OCDE, los seguros privados y los pagos en dinero de bolsillo aportan cantidades similares a los gastos que no cubre el sistema estatal.

Las aseguradoras sanitarias privadas trabajan para reducir el impacto del *ticket modérateur* en el uso de los servicios disponibles y en la frecuencia con que se hace. Un estudio reciente demostró que los adultos con seguro privado acudían un 86 % más al médico durante un mes que aquellos que no tenían seguro.

Pero las aseguradoras sanitarias privadas también han crecido a medida que se reducía la proporción de los gastos sanitarios que pagaba el sistema público. Las aseguradoras sanitarias privadas cubrían el 33 % de la población en 1960;

Figura 12: Porcentaje de los gastos sanitarios financiados por los seguros de asistencia sanitaria en Francia



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Seguros de salud voluntarios en la Unión Europea, 2004. Datos de salud OCDE 2005.

el 50 % en 1970 y el 86 % en el año 2000. En ese último año, la legislación creó coberturas «privadas» gratis para los que tenían menos ingresos y esto aumentó el índice de cobertura de las aseguradoras privadas hasta el 92 %. Por lo tanto una elevada penetración es una característica del mercado francés de seguros sanitarios.

El *ticket modérateur* no se aplica en algunos tipos de pacientes, como por ejemplo aquellos que sufren diabetes, cáncer o SIDA, lo que está estimado como más o menos el 7 % de la población.

Algunos tratamientos concretos y algunos motivos de tratamiento (como los accidentes de trabajo) también están exentos del copago. Por lo tanto, mientras el porcentaje de reembolso formal para las visitas al doctor es del 70 %, las exenciones se elevan hasta el 81 % de los cargos normales. Las facturas de saldo y las enfermedades o tratamientos que no están cubiertos por el sistema público reducen el porcentaje final del coste total pagado por el sistema estatal a un 75 %. La siguiente tabla muestra de forma detallada los porcentajes para otros componentes de los gastos sanitarios.

	Tasa de reembolso teórica	Tasa de reembolso efectuadas las exenciones	Tasa de reembolso después de exenciones, facturas del saldo restante, etc.
	%	%	%
Visitas médicas	70,0	81,0	75,0
Atención dental	70,0	73,0	34,9
Auxiliares médicos	60,0	92,0	79,0
Laboratorios	60,0	77,0	73,3
Medicamentos	65,0	73,0	61,5
Asistencia hospitalaria	80,0	n/a	90,2

Source: World Health Organisation, Healthcare Systems in Transition.

El desarrollo de los seguros privados en Francia ha estado enormemente influenciado por el tratamiento fiscal preferente que se les da a las mutuas (“mutuelles”) que están arraigadas desde hace tiempo en el sector. Hasta hace poco, las mutuas, que se basaban en un sistema de primas fijas, eran el único segmento del mercado exento del pago del 7% de impuestos sobre las primas de los contratos de seguros. No obstante, tras una queja realizada por la Federación Francesa de Aseguradoras al Tribunal Europeo de Justicia, se impuso una legislación en 2002, que ampliaba la exención a cualquier aseguradora que funcionase de modo similar a una mutua. Según dicha legislación, un asegurador, para obtener el beneficio fiscal mencionado, tenía que perseguir unos principios de “solidaridad” y no podía utilizar el estado de salud como un factor de clasificación, aunque sí se aceptaban las clasificaciones en función de la edad o del sexo.

Una dinámica interesante

Llegado a este punto, el mercado de seguros de salud francés se vio envuelto en una dinámica muy interesante con la entrada en el mercado de las aseguradoras comerciales. Las mutuas se han visto expuestas a cierto riesgo de selección negativa (es decir, atraer a los asegurados con peor salud) al no basar las primas en el estado de salud, si bien estaban protegidos por su situación fiscal. En la práctica, la mayor parte de las aseguradoras comerciales han optado por abandonar la idea de establecer las primas en función del estado de salud y así beneficiarse, por el contrario, de las ventajas fiscales.

Además de no hacer una discriminación en función del estado de salud de los asegurados, las mutuas tampoco suelen establecer categorías en función de la edad y, por el contrario, definen a menudo las contribuciones en función de los ingresos. En el mercado de los seguros individuales, las mutuas se han visto casi obligadas a adoptar una estructura basada en primas definidas por la edad, debido a razones de competitividad, aunque empleando unos tramos de edad con bandas más amplias que las utilizadas por las aseguradoras comerciales.

El mercado de los seguros colectivos se ha visto menos afectado. Conforme a los principios de “solidaridad” de las mutuas, los grupos más grandes solían estar asegurados bajo condiciones similares. Los diferentes grupos se han beneficiado de diferentes estructuras de prestaciones y poseen diferentes niveles de ingresos, por lo que las primas, definidas como un porcentaje de los ingresos, podrían variar en cualquier caso. No está claro hasta qué punto dichas variaciones incluían razones de estado de salud y de edad del grupo, pero probablemente las mutuas absorbían parte de las variaciones secundarias entre grupos. No obstante, una estructura basada sobre todo en la edad no ha resultado atractiva para los grandes grupos y la entrada de aseguradoras privadas no ha sido, hasta ahora, muy activa en este mercado.

A la relativa tranquilidad con la que el mercado ha gestionado estos cambios, teniendo en cuenta los riesgos a los que se enfrentaban las mutuas al funcionar con una base de primas fijas en un mercado más abierto, ha podido contribuir de una forma significativa la distribución de los costes sanitarios que cubren los seguros médicos privados, menos concentrada que en el caso, por ejemplo, de los Estados Unidos. Esto se debe principalmente a la no imposición del *ticket modérateur* del 7% de la población, que incluye la mayor parte del segmento más costoso, y de las otras exenciones.

09 Alemania

En Alemania los seguros de salud privados tienen una larga trayectoria. Se han desarrollado en un sistema de asistencia sanitaria que aplica primas constantes a una cobertura de por vida y que crea fondos contributivos para la vejez. Este sistema, que incluye algunos incentivos para cuidados preventivos, ha tenido buena aceptación entre los ciudadanos. Sin embargo, hay una presión política para cambiar las bases sobre las que opera el seguro privado, como parte de la unión entre el sistema público y el privado, y el prolongado debate sobre la reforma amenaza con cuestionar los rasgos básicos del sector.

Los seguros sanitarios privados o semiprivados en Alemania cuentan con una larga trayectoria o, al menos, lo suficientemente larga como para que el sector alemán se haya proclamado pionero en los seguros de salud a gran escala. La legislación de 1883 recoge la obligación de ofrecer seguros médicos a determinados trabajadores. Asimismo, desde 1849, dichos seguros eran obligatorios para los mineros de Prusia. Las entidades aseguradoras de entonces dieron lugar al sistema estatal y privado actual.

El servicio privado de asistencia sanitaria alemán es "sustitutivo" al sistema público: los suscriptores de un seguro privado de salud no tienen que pagar las contribuciones nacionales. Sin embargo, hay que señalar que los seguros privados sólo pueden ser contratados por aquellas personas que sobrepasen un nivel de ingresos preestablecido.

Los seguros de salud privados aplican, en principio, una prima constante a lo largo de la vida laboral del tomador. El estado de salud es un factor a tener en cuenta en el momento de la suscripción del seguro, pero los cambios posteriores en el mismo no afectan al nivel de la prima aplicada. Las aseguradoras alemanas, a veces, incluyen la posibilidad de actualizar las primas de manera automática dentro de una tarifa concreta, quizá mediante bonificaciones por no reclamar asistencia sanitaria (lo cual constituye, desde la perspectiva del tomador, un incentivo para no efectuar solicitudes de asistencia). Por otra parte, la experiencia de un grupo de asegurados con una tarifa determinada podrá provocar que se modifiquen los niveles generales de las contribuciones para adaptarlos al aumento en los costes médicos. Con todo,

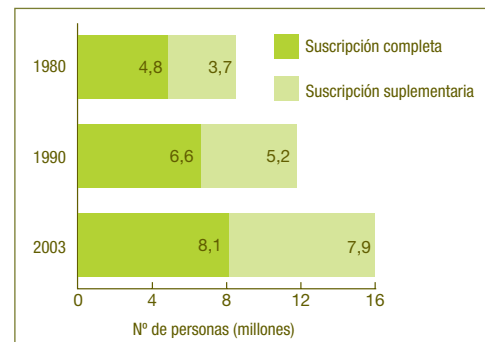
la póliza es un contrato a largo plazo y no puede recontractarse de nuevo. Por lo tanto, se suscribirá, a tenor de las circunstancias concurrentes en el momento de la contratación, como pueden ser la edad, el estado de salud y otras variables. En la actualidad, en el sector de los seguros de salud privados no se aplican acuerdos de forma extensiva que obliguen a compartir riesgos.

Fondos contributivos para la vejez

Asociados a la práctica de establecer primas constantes, los "fondos contributivos" recogidos en la legislación para la vejez se emplean cuando el asegurado alcanza la tercera edad. La ley regula el nivel de reservas que deben tener los fondos de este tipo. Asimismo, también establece el empleo que se deberá hacer de los beneficios y las pérdidas ocasionados. En la legislación actual existe un margen en relación con las solicitudes de asistencia previstas inicialmente, así que si la práctica confirma una desviación al alza de dichas previsiones, se podrán aplicar incrementos en las primas. Estos incrementos representarán normalmente una modificación general de las contribuciones dentro de una tarifa determinada, sin tener en cuenta edad, sexo o estado de salud.

La Figura 13 muestra datos ilustrativos que indican cómo se constituye el fondo (o reserva para la vejez): éste alcanza su valor máximo a los 65 años de edad del

Figura 14: Tomadores de un seguro médico privado: 1980, 1990 y 2003



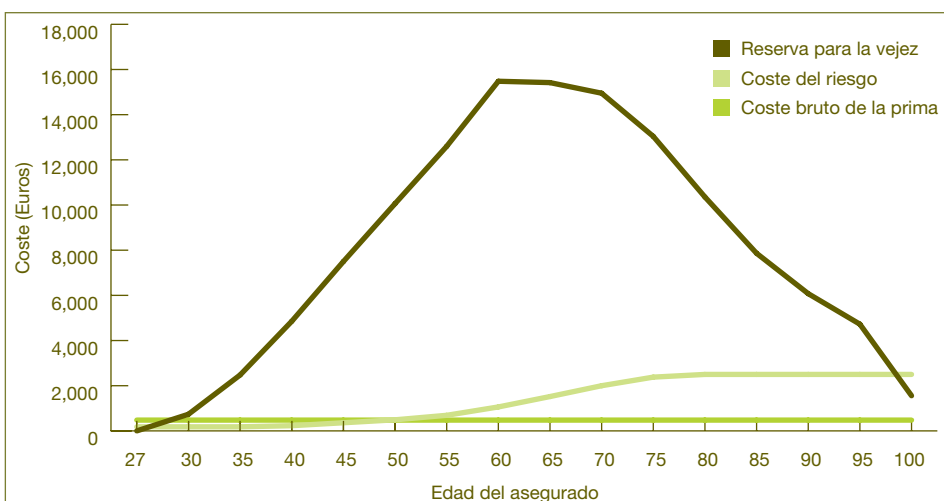
Fuente: UBS, Riesgos potenciales de las reformas, noviembre de 2005.

asegurado, aproximadamente, y luego comienza a disminuir conforme se hace uso de él para cubrir prestaciones.

El mercado privado de seguros de salud se ha expandido en los últimos años, aunque desde hace poco se concentra en ofrecer seguros complementarios a los afiliados al sistema público. La Figura 14 destaca el crecimiento del mercado alemán en cuanto al número de socios de las pólizas de seguros privados.

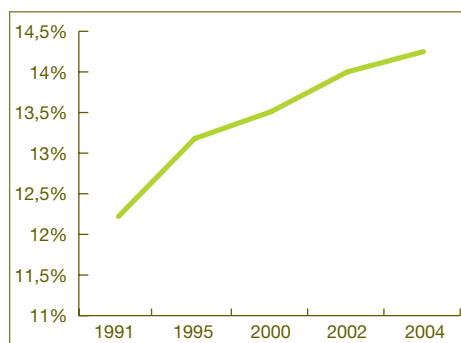
Las personas más jóvenes, más sanas, con mayores recursos económicos y con familias menos numerosas han tendido a elegir seguros sanitarios privados (proceso que se ha denominado, en ocasiones, como "separar la nata", "cream skimming"), lo

Figura 13: Desarrollo de los fondos/reservas para la vejez en el marco de una tarifa constante



Fuente: Pricewaterhouse Coopers.

Figura 15: Contribución al sistema sanitario público, como porcentaje de los ingresos.



Fuente: Comisión Europea y Organización Mundial de la Salud, Transición de los sistemas sanitarios, 2004.

cual ha sido considerado favorecedor del aumento de los costes del sistema público. Sin embargo, este hecho debe contextualizarse: es más probable que los principales causantes de este incremento en los costes del sistema público hayan sido el aumento en el coste de los servicios médicos y el efecto de la cada vez más distorsionada distribución por edades de la población actual.

Existen varias aseguradoras públicas de cobertura sanitaria. El 1 de enero de 2004, las contribuciones a los diversos fondos oscilaban entre menos del 14% (fondo BBK) y el 14,5% (fondos AOK y EAK ANG). En 1994 se introdujo un mecanismo de compensación del riesgo que permitió que las tasas de contribución se nivelaran. Se han publicado estudios que aseguran que las contribuciones públicas seguirán aumentando y que incluso alcanzarán un 22% en 2029. En el contexto de un aumento de este calado, el hecho de que el sector privado “separe la nata” (*“cream skimming”*) no puede ser más que un factor contribuyente menor.

El sistema sanitario público se financia mediante un sistema de pagos por servicios prestados. Por ello, los servicios privados de salud han supuesto una opción atractiva desde el punto de vista económico para aquellos que alcanzan el umbral mínimo de ingresos. Otros motivos, aparte de las razones de salud, que incitan a la contratación de seguros privados son:

- Los tomadores de un seguro médico privado pagan a lo largo del tiempo, básicamente, una prima apropiada a la unidad familiar o empresarial;

- El sistema de pago por servicio prestado está sufriendo las consecuencias de una distorsión en la estructura por grupos de edad de la población alemana, que cada vez es de mayor edad;
- El sistema privado de salud se beneficia de los tipos positivos de interés real.

El primer motivo podría verse reducido, de forma meramente financiera, si se obligara a los suscriptores de seguros privados a seguir financiando una parte de las contribuciones públicas, que se incrementan por la ya mencionada distorsión en los grupos de edad. En Holanda, por ejemplo, se ha incluido un requisito parecido desde que el sistema *Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ)* se empezara a aplicar. Según la OCDE, el gobierno alemán tiene suficiente autoridad legal para exigir a las compañías aseguradoras privadas que participen en un programa de compensación del riesgo para ayudar a la financiación de la cobertura pública dedicada a las personas mayores. Sin embargo, esta autoridad no ha sido ejercida.

La presión del coste

El sector público está sufriendo ciertas presiones por razones de los costes pero, por otra parte, el sistema de seguros privados de asistencia sanitaria alemán ha evitado algunos de los problemas que se observan en otros lugares. Por ejemplo, no se producen los fenómenos de selección negativa de Australia, o los bajos y estancados niveles de penetración del mercado del Reino Unido.

Además, las reservas para la vejez de los actuales sistemas privados son un incentivo para que las aseguradoras sanitarias gestionen la salud a largo plazo de sus asegurados, tanto por la posibilidad de pérdidas o ganancias que de ellas se deriva como por las tarifas competitivas que podrían derivarse de unos esfuerzos adecuados a favor de los cuidados preventivos de salud. El alineamiento del actual sistema de seguros de salud privados de Alemania con el fomento de los cuidados preventivos es una característica inusual, pero atractiva. Quizás el principal reto para el sistema alemán en general son las proyecciones de costes para el sector público.

Las mayores compañías aseguradoras culpan en parte al prolongado debate sobre

los posibles cambios y reformas en el sistema de la reciente ralentización del crecimiento de los seguros sanitarios privados globales, al menos en comparación con el gran aumento de la cobertura complementaria.

Las propuestas de reforma han abogado en general por la integración de los segmentos públicos y privados en un único sistema y suelen inclinarse por un sistema de pago por servicio prestado. Habitualmente las propuestas se diferencian por la distribución de las fuentes de financiación. Por ejemplo, el “Seguro del Ciudadano” (*Bürgerversicherung*), que gozaba del apoyo de los Socialdemócratas y de los Verdes, recogía fondos a través de contribuciones realizadas en función de los ingresos. En algunas propuestas, la definición de ingresos incluiría también los intereses y las rentas. La Unión Cristiano Demócrata (CDU) se ha inclinado por un sistema de contribuciones fijas, gestionado por el sector privado, similar al sistema de primas fijas. Con las propuestas más recientes se intentarían limitar, en particular, las contribuciones patronales. A veces las propuestas de CDU han recibido objeciones del partido bávaro hermano, la Unión Social Cristiana (CSU).

Incierto camino a seguir

La dirección en la que ha de caminar la reforma no está del todo clara y puede que surjan más propuestas. En el momento de este informe se ha alcanzado un acuerdo a nivel político para un paquete de reformas que introduciría una parte de la financiación fiscal en el sistema público, obligaría a las aseguradoras privadas a tener disponible al menos una tarifa a la que deberían aceptar todas las solicitudes e impondría un precio uniforme para todas las aseguradoras (públicas y privadas), para los procedimientos médicos. El impacto de estas propuestas dependerá de cómo se implanten, en el caso de que se lleguen a implantar. También existe la propuesta de introducir “valores de transferencia” entre las aseguradoras privadas. Así aumentaría la movilidad de los asegurados de unas compañías a otras y, por consiguiente, se fomentaría la competencia dentro de un sistema basado en primas establecidas en función de la edad al inicio del contrato. Al resolver el tema de la movilidad, la propuesta podría erradicar una de las mayores objeciones del actual modelo de seguro sanitario privado de Alemania.

10 Irlanda

La legislación de la UE ha remodelado la situación de los aseguradores privados de asistencia sanitaria en este país, pero los principios de las políticas públicas siguen siendo los mismos.

La política gubernamental apoya el hecho de que los seguros sanitarios privados desempeñen un papel protagonista. En Irlanda, las autoridades políticas responsables consideran que los seguros privados desempeñan un papel social fundamental en la promoción de un uso eficaz de los recursos y en la aportación de un mejor flujo de ingresos económicos para los hospitales. Y lo que es más importante, consideran también que un sector asegurador privado fuerte puede reforzar la idea de responsabilidad individual con respecto al coste sanitario y, por lo tanto, ayudar a controlar los costes. El producto de seguros sanitarios irlandés, por lo tanto, tiene una larga historia caracterizada por una penetración alta en el mercado en términos generales. En la Figura 16 se muestra el porcentaje de la población irlandesa asegurada y el aumento constante de dicho porcentaje.

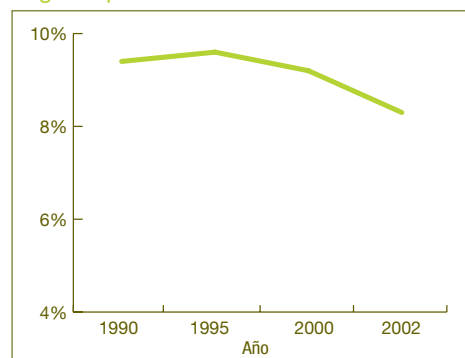
A la vista de los objetivos políticos, el acceso a la asistencia sanitaria ha sido el punto clave de este sector altamente regulado. Irlanda ha implantado de una forma estricta un sistema de prima fija comunitaria, aunque parece posible establecer una tarifa distinta para los seguros individuales y los colectivos.

Actualmente toda la población tiene acceso a una hospitalización financiada

públicamente, pero alrededor del 70% de la misma entra dentro de la “Categoría II”, es decir, tienen que pagar por los servicios sanitarios que reciban de sus médicos de cabecera, por determinados medicamentos, y también tienen que realizar una contribución diaria para cubrir los costes en los hospitales públicos. Aparte de la tarifa “per diem” (que en 2004 se fijó en 45 € con un máximo de 450 € en total en un periodo de 12 meses), los pacientes de Categoría II tienen derecho a asistencia sanitaria gratis en los hospitales públicos. No obstante, los seguros privados en Irlanda cubren sobre todo los gastos por hospitalización privada (OCDE 2004). Aquellas personas que contraten un seguro privado podrán beneficiarse también de desgravaciones fiscales sobre la tarifa básica de la prima.

A pesar de que sigue aumentando el número de asegurados y de que las cifras estimadas actuales apuntan a que el 51% de la población posee un seguro, un repentino aumento en el gasto público en salud en los pasados años ha provocado una disminución en la proporción de los gastos sanitarios totales no relacionados con la inversión soportados por los seguros privados. Un factor determinante ha sido el pago diferencial para camas privadas en hospitales públicos, dado que lo que se cobra por este servicio no ha guardado proporción con el aumento de los costes que ocasiona. No obstante, más recientemente estas subvenciones han disminuido, dado que se ha aumentado la tarifa pagada por el servicio

Figura 17: Porcentaje de la cobertura de los gastos sanitarios por parte de los seguros privados.



Fuente: Investigación de PricewaterhouseCoopers.

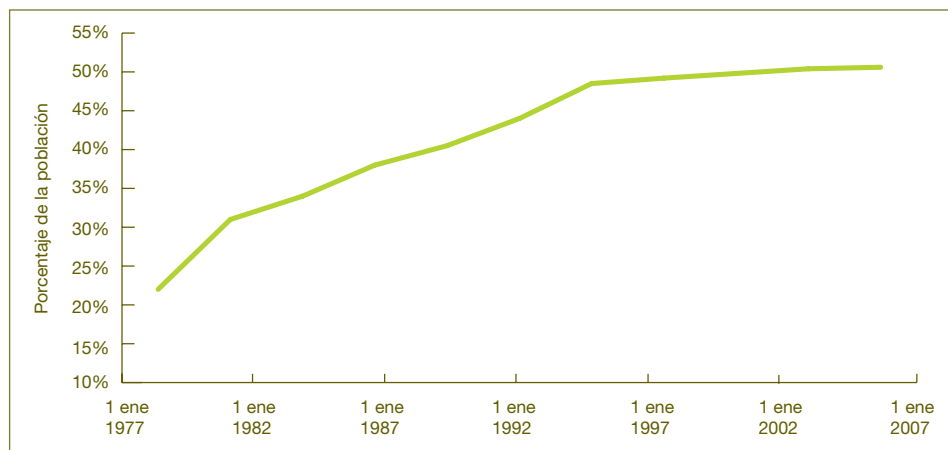
con la idea de cobrar el coste total en lugar de pedir simplemente una contribución. Esto podría invertir la tendencia, que se muestra en la Figura 17, de una proporción decreciente de gastos totales cubiertos por los seguros privados.

Monopolio virtual

El enfoque que Irlanda da a la financiación sanitaria se estableció cuando el gobierno creó el Voluntary Health Insurance Board – VHI (Consejo de seguros de salud privados) en 1957. El VHI ofrecía seguros privados para las personas con un nivel de ingresos demasiado alto como para recibir una ayuda estatal con respecto a cualquier tipo de tratamiento sanitario realizado en hospitales públicos. El VHI es una entidad sin ánimo de lucro que ha funcionado mediante un sistema de prima fija colectiva desde su creación. Hasta mediados de los 90, esta entidad era prácticamente un monopolio, pero tras los cambios impuestos por la legislación europea, BUPA se introdujo en el mercado en 1997 rompiendo el “monopolio”, si bien el VHI todavía posee alrededor del 80% de la cuota del mercado.

BUPA también se basa en un sistema de primas fijas pero ha sido capaz de atraer a asegurados mucho más jóvenes gracias a unos planes cuidadosamente estudiados y dirigidos a este segmento. El perfil de edad de base del asegurado se ha convertido en el centro de atención en el mercado irlandés. El tema está íntimamente ligado con los procesos de compensación de riesgos y el propio mecanismo irlandés está sujeto a un reto legal. La Figura 18 muestra las cifras en

Figura 16: Porcentaje de población cubierta por seguros sanitarios privados



Fuente: Departamento de Salud y del Menor, Autoridad Irlandesa competente en temas de Seguros de Asistencia Sanitaria (Health Insurance Authority).

Figure 18: Edad y estado de salud de los asegurados

	VHI	BUPA Irlanda	Otros
Edad			
Menores de 30	30%	49%	35%
30-49	38%	42%	31%
49-64	23%	6%	27%
Mayores de 65	9%	4%	8%
Estado de salud			
Sin probl. de salud	91%	96%	95%
Con probl. de salud	9%	4%	5%

Fuente: OCDE, Seguros privados de salud en Irlanda, 2004.

términos de edad y estado de salud en 2001, cuando el VHI poseía alrededor del 85% del mercado, mientras que BUPA tan sólo disponía del 8%.

A pesar de que los asegurados de BUPA son mucho más jóvenes que los del VHI y que la proporción de asegurados con algún problema de salud es menos de la mitad de la que soporta el VHI, las primas de BUPA para seguros colectivos sólo eran un 15% inferiores a las del VHI para una póliza de seguros comparable en el 2004. Los precios más baratos de BUPA aumentan probablemente el atractivo que ofrece a los consumidores a los que se dirige lo que, en un mercado de tarifas fijas, podría provocar la denominada “espiral de la muerte de las primas”, que aumenta indefinidamente las primas y deteriora el perfil de riesgo de los asegurados. En cuanto a los seguros individuales, las primas de BUPA son similares a las del VHI. Uno de los motivos puede ser el querer evitar que los individuos que no formen parte de los grupos a los que se dirige BUPA quieran contratar seguros a nivel individual.

Compensación de riesgo

Cuando se abrió el mercado irlandés en la década de los 90, ya se contempló la posible entrada en el mismo de un nuevo asegurador. Por este motivo ya en 1994 se inició un mecanismo de compensación de riesgos para asegurar que, en un sistema de primas fijas, se pudiese servir a todos los sectores del mercado y para que los aseguradores no se preocupasen demasiado por el hecho de atraer a los aseguradores más jóvenes.

No obstante, una nueva compañía siempre atraerá inevitablemente a los aseguradores potenciales más jóvenes, debido a una combinación de la inercia de la gente mayor y de su mayor nivel de conservadurismo con el efecto del asegurado “por primera

vez”. Este efecto consiste en que, en el marco de una aseguradora, incluso si el número de asegurados que cambian de compañía y el de compradores por primera vez es el mismo, porque se cambia menos del 100% y los compradores por primera vez son más jóvenes, es probable que surja un perfil más joven que la media. Las medidas de compensación de riesgos implantadas actualmente implican, en términos generales, que:

1. Los costes de gestión de solicitudes de asistencia que soportan los aseguradores se recalculan según un coeficiente de mercado de asegurados en cada “celda” de edad/sexo, donde a cada celda se le aplicarán unos costes distintos;
2. Se calculará también la diferencia entre los costes por solicitudes de asistencia recalculados y los costes reales para cada asegurador;
3. Si esta diferencia fuese lo suficientemente significativa, el gobierno iniciaría procesos de pagos por compensación de riesgos; y
4. Los aseguradores cuyos costes recalculados utilizando el coeficiente de mercado fuesen menores que los reales realizarían los pagos a aquellos cuyos costes calculados fuesen mayores que los reales.

Ajuste a suma cero

Una consecuencia de la utilización de los costes de las solicitudes de asistencia de la propia aseguradora (en lugar de los costes medios del mercado) para cada celda edad/sexo, con el fin de realizar el nuevo cálculo del paso 1, es que las cantidades recalculadas en el paso 2 no van a sumar cero y, por lo tanto, no estaríamos ante un mecanismo de autofinanciación. Por este motivo, el sistema irlandés aplica un factor

uniforme de “Ajuste a Suma Cero” (ZSA) a las cantidades calculadas en el paso 1, de tal manera que una vez aplicado dicho factor de manera uniforme en todo el mercado, los costes por solicitudes de asistencia a los que se les aplica el “coeficiente de mercado” sumarán las solicitudes de asistencia totales reales.

Una ventaja de la referencia de los “propios” costes (sujetos al ZSA) es que los aseguradores tienen que asumir las consecuencias financieras de la utilización superior o inferior a la del mercado, lo que incentiva a gestionar de manera eficaz la salud de sus asegurados.

El proceso de realización de pagos por compensación de riesgos lo pusieron por primera vez en funcionamiento las autoridades estatales el 1 de enero de 2006, aunque está sujeto a cambios impuestos por la ley. Esta vez no se incluirá en el mecanismo de compensación de riesgos el estado de salud de cada “celda”. Algunas organizaciones (Organizaciones con restricción de miembros) pueden optar por no utilizar el mecanismo de compensación de riesgos, y los pagos durante el primer año se realizan con la premisa de que operan a mitad de su tarifa total. Esta última característica deja, al menos temporalmente, un incentivo para atraer a asegurados más jóvenes.

Estrategias y políticas públicas

Existen, inevitablemente, muchas estrategias para poner en marcha los mecanismos de compensación de riesgos y éstos dependerán en última instancia de los métodos de cálculo empleados. Por ejemplo, si, cumpliendo con los niveles de prestaciones mínimos impuestos por ley, una aseguradora ha conseguido atraer a asegurados jóvenes y sanos, es probable que esto se pueda hacer de manera que minimice los pagos al mecanismo de compensación de riesgos en beneficio del asegurador.

Un desarrollo regulador que probablemente se ponga en marcha es la introducción de cargas en las primas por contratar los seguros sanitarios a una edad tardía. Todavía no se dispone de datos completos de cómo va a funcionar este sistema en Irlanda, si bien se basa en el principio de que la gente que contrate los seguros con una cierta edad tenga que pagar cantidades superiores.

11 Países Bajos

Mientras que en todo el mundo los responsables políticos continúan debatiendo sobre cómo organizar sistemas sanitarios asequibles y flexibles, los Países Bajos han dado ya un paso hacia delante implantado una reforma en profundidad.

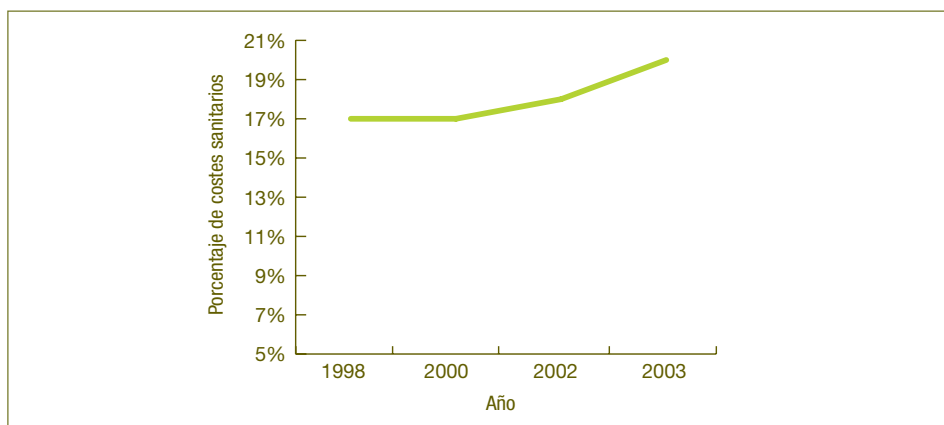
En los Países Bajos, los aseguradores privados han desempeñado un papel inusitadamente importante en la financiación sanitaria, simplemente porque aquellos ciudadanos que tenían unos ingresos superiores a una determinada cifra se veían obligados a contratar seguros privados de asistencia sanitaria o no estarían cubiertos por las prestaciones públicas. En la Figura 19 se puede observar el porcentaje de los costes sanitarios soportados por los seguros médicos privados entre 1997 y 2004.

El entorno histórico y el desarrollo del sistema es similar al de Alemania, en tanto que los seguros privados ofrecían una alternativa al sistema público, al que los asegurados privados no tenían que estar suscritos. Al igual que en el sistema alemán, se acumulaban “reservas para la vejez” para cubrir, por ejemplo, las prestaciones por jubilación, momento en el que se reducían las primas.

Existía una regulación relativamente suave sobre las pólizas y condiciones de acceso. Los requisitos principales eran que los aseguradores privados no podían diseñar las pólizas o aumentar las primas en función del consumo sanitario del futuro asegurado y, asimismo, tenían que facilitar unas prestaciones mínimas. En los Países Bajos existe una larga tradición de organizaciones aseguradoras sanitarias de base mutual que se remonta al siglo XVII.

En 1996 se implantó el sistema MOOZ para ayudar a compensar los costes del sector público superiores a los del sector privado, en función de la edad, estableciendo por ley contribuciones de los asegurados privados. En enero del año 2006 se introdujo en los Países Bajos un sistema completamente nuevo en el que se amalgaman los sectores público y privado (ver Figura 20).

Figura 19: Porcentaje de los costes sanitarios soportados por los seguros médicos privados 1997-2004



Fuente: Datos de Salud OCDE, 2005.

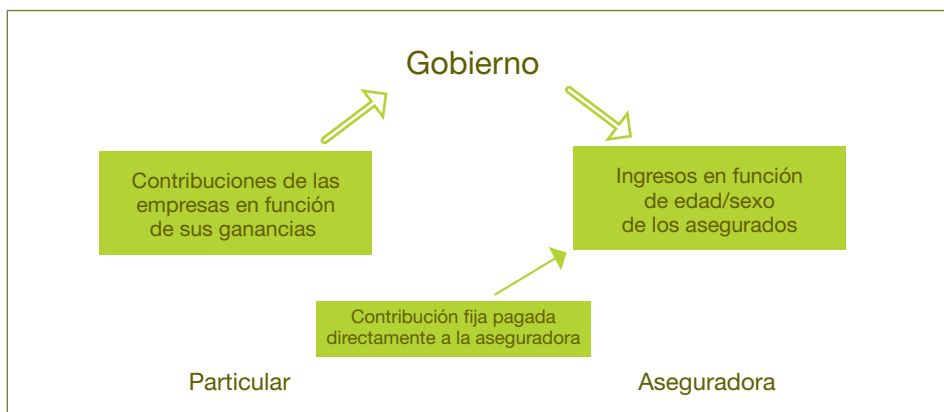
Un único sistema

El sistema está intervenido por el gobierno y existe ahora un único sistema en lugar de separación entre el sistema público y el privado. El nuevo sistema mantiene algunas de las características del antiguo sistema público de seguros de asistencia sanitaria. Una autoridad estatal, por ejemplo, determinará lo que recibirá cada aseguradora en función de la edad, sexo y ciertos parámetros de estado de salud.

Los pagos que realiza el gobierno a los aseguradores se establecerán de acuerdo con una valoración prospectiva “ex-ante” de los costes generales del mercado.

Puede que una aseguradora en particular incurra en costes distintos, al menos en los años iniciales del sistema, por lo que cada año se llevará a cabo una investigación retrospectiva “ex-post” de costes para determinar cuáles son los pagos más apropiados y para tomar medidas de compensación de riesgos entre aseguradores. Cada aseguradora recibirá ingresos, además, cobrando una tarifa fija a sus asegurados. Al principio se intentó establecer esta tarifa fija en alrededor de 1.300 euros anuales, pero la competencia en la obtención de una buena cuota de mercado hizo que algunas tarifas se redujesen hasta 1.000 € aproximadamente.

Figura 20: El nuevo sistema sanitario de los Países Bajos



Fuente: Investigación de PricewaterhouseCoopers.

Uno de los objetivos primordiales es estimular una competencia mayor con respecto a la compra eficiente de prestaciones sanitarias. Cada aseguradora contactará directamente con los proveedores de asistencia sanitaria. La envergadura de los compradores (semi-) privados debería asegurarles un poder de negociación suficiente.

Cada año se volverán a evaluar los pagos que se han de realizar a las aseguradoras. Se pone en marcha un sistema de pago por servicio prestado, que implica que las aseguradoras, bajo el nuevo sistema, no van a mantener unas reservas significativas para la vejez.

En términos generales, con el nuevo sistema se pretende ofrecer solamente un nivel básico de asistencia sanitaria. Por lo tanto, las aseguradoras todavía podrán abastecer a un mercado importante con un seguro complementario y menos regulado. Las reservas para la vejez que mantenía el sistema antiguo se podrán usar, al menos en parte, para permitir que se ofrezcan seguros complementarios con precios competitivos a los asegurados ya existentes. En principio es posible que algunos seguros privados complementarios sigan estableciendo sus precios en función de la edad de contratación del seguro para los nuevos asegurados, pero resulta difícil imaginar que se origina un sistema así sin un estímulo regulador.

Principales logros

La rentabilidad que las aseguradoras obtengan con el nuevo sistema depende en gran medida del gobierno. La compensación del riesgo ex-post puede acercarse, al menos en los próximos años, al reembolso de los costes por parte del estado. De igual manera, existe el riesgo de que la eficiencia que se gane con la compra eficaz de asistencia sanitaria se refleje, al menos a nivel del

conjunto del sector, en reducciones de las asignaciones estándares pagadas por el gobierno a las aseguradoras en los años siguientes.

Un logro fundamental del nuevo sistema es que ha conseguido la fusión de los sectores aseguradores público y privado, lo que constituía un objetivo de política pública. Y, quizá aún más importante, los logros en la eficiencia de la prestación de asistencia sanitaria y la coordinación más estrecha de la oferta y la demanda son las esperadas consecuencias de una compra competitiva de asistencia sanitaria por parte de las aseguradoras. Por primera vez las aseguradoras no se ven obligadas a contratar a todos los proveedores del país.

Históricamente, las aseguradoras sanitarias privadas se establecían en paralelo a organizaciones hermanas sin ánimo de lucro que funcionaban en el sector público. Es posible que se fusionen dichas organizaciones y que así obtengan las ventajas de un poder de negociación elevado, junto con mayores eficiencias internas.

Con el nuevo sistema puede que también mejore la movilidad entre aseguradoras. Un inconveniente del sistema antiguo era la movilidad limitada de los asegurados en el sector privado, hecho que podía verse como una traba para la existencia de una competencia eficaz. El haber acumulado muchos problemas de salud podía hacer que un asegurado no fuese un cliente lo suficientemente atractivo como para poder cambiar de aseguradora. Surgió, como último recurso, una aseguradora bajo la forma de un fondo "WTZ" para altos riesgos, pero se trataba de una opción muy cara, a pesar de estar subvencionada por el mercado regular. Representaba alrededor de un 12% de la población con seguros privados de asistencia sanitaria. El nuevo sistema debería facilitar la movilidad de los asegurados.

Diferentes incentivos

La ventaja principal del nuevo sistema es que fomenta la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios. También se podría argumentar, sin embargo, que el nuevo sistema reduce los incentivos para que las aseguradoras gestionen la salud de sus asegurados más allá del periodo anual de vigencia de las pólizas. Con el sistema antiguo, los cuidados preventivos y la consecución por promoción de estilos de vida saludables constituían elementos importantes para las aseguradoras privadas por su relevancia a la hora de establecer precios competitivos y por la obtención de beneficios o pérdidas con las reservas para vejez. La obligación de renovación de los seguros básicos debería crear más incentivos para que las aseguradoras se preocupen de la salud a largo plazo, pero se estima que la rentabilidad se concentrará en el segmento complementario. Aquí no se garantizará la renovación.

Por lo tanto, los esfuerzos se concentrarán como siempre en el propio proceso de firmas de contratos y en la captación de asegurados potenciales con buena salud. Probablemente las aseguradoras sigan viendo atractivo el ofrecer seguros médicos en tanto que construyen una relación que ayuda a crear oportunidades de venta cruzada.

12 Suiza

Un sistema obligatorio de seguros sanitarios de amplia cobertura se contempla como algo positivo, con tal de que los costes no aumenten mucho y muy deprisa.

La asistencia sanitaria en Suiza está financiada en parte por fondos en competencia para seguros de salud sin ánimo de lucro que ofrecen un nivel básico de asistencia sanitaria, y en parte por el mercado de seguros sanitarios privados complementarios. El nivel básico de asistencia que financian los fondos sin ánimo de lucro es global y, dado que adquirirlo es una obligación para todos los ciudadanos suizos, se lo denomina muy a menudo “seguro de salud obligatorio”.

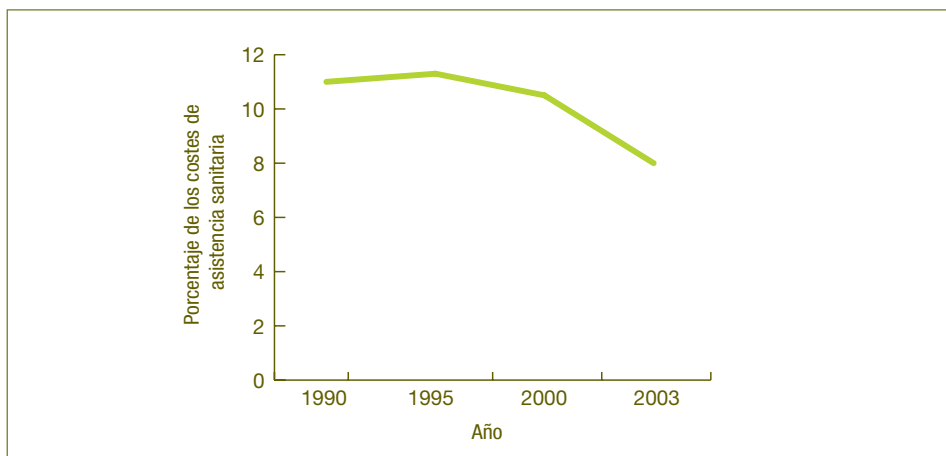
Los seguros complementarios se utilizan principalmente de manera “sustitutiva” para cubrir aquella asistencia a la que no da acceso el sistema obligatorio, como puede ser parte de la asistencia dental, aunque también los utilizan de manera “duplicada” aquellas personas que buscan mejores servicios o más posibilidades de elección en cuanto a médicos. El nivel de cobertura de los seguros complementarios puede variar en función de las pólizas.

El sistema obligatorio se basa en los modelos de primas fijas. Se aplica una prima fija por adulto, con ciertos descuentos para los niños. En consecuencia, el seguro obligatorio puede resultar costoso para las familias más jóvenes. Para contrarrestar este efecto, se ha puesto en marcha un sistema de subvenciones desde que el sistema actual entró en funcionamiento en 1996, con el objetivo de reducir los costes de las unidades familiares y de los asegurados con menos ingresos. También se aplica un mecanismo de compensación de riesgos en pro de la característica de cobertura garantizada de la que se beneficia el sistema de primas fijas. El sistema suizo de financiación sanitaria está bien visto en general.

Aumento de los costes

Alrededor de dos tercios de la financiación de la subvención proviene del Estado, y el otro tercio, de los

Figura 21: Porcentaje de costes sanitarios soportados por los seguros médicos privados



Fuente: Datos de Salud OCDE, 2005.

cantones. No obstante, la distribución de la subvención depende en gran medida de cada cantón. Ha habido grandes diferencias entre los cantones en la manera de gestionar la subvención, que van desde una reducción fija en la prima hasta un subsidio ligado a las familias numerosas o con bajos ingresos.

Además, la financiación de la subvención no siempre ha guardado proporción con el crecimiento de los costes de los seguros de asistencia sanitaria, por lo que el seguro obligatorio se ha convertido poco a poco en algunos cantones en un gran coste y un tema de preocupación para las familias más jóvenes con ingresos medios. La legislación federal, que entró en vigor el 1 de enero de 2006, aumentó la subvención e impuso condiciones más limitadas de uso, pero los cantones todavía mantienen la mayor parte de sus competencias a la hora de distribuir la subvención.

La presión creciente que ejerce sobre muchos ciudadanos suizos el coste de las primas obligatorias del seguro sanitario da lugar a una menor contratación de los seguros complementarios. La disminución del porcentaje de los gastos sanitarios pagados por el sistema de seguros privados (complementarios) ilustra esta

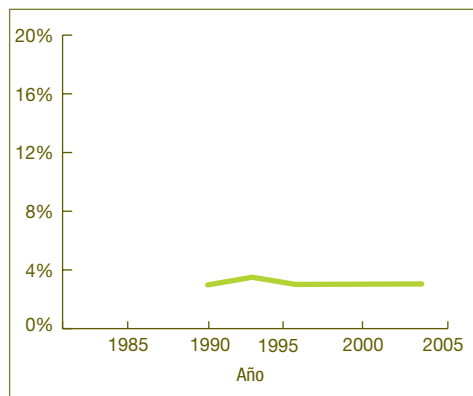
evolución. Otro motivo del descenso es que el aumento de los costes de los seguros privados ha sido más moderado que el de los seguros obligatorios.

El Reino Unido ofrece un entorno poco favorable para el desarrollo del seguro sanitario privado en de amplia difusión, incluso para compañías innovadoras. El mercado podría especializarse únicamente en los seguros colectivos empresariales diseñados principalmente para los más ricos.

El mercado británico de seguros de salud privados es pequeño y muestra un escaso crecimiento en comparación con otros mercados del mundo. El porcentaje del gasto total en sanidad que cubren los seguros médicos privados se ha mantenido en un nivel increíblemente bajo (del 3 al 3,5%), si lo comparamos con otras economías desarrolladas (ver Figura 22).

La razón más evidente es que el Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido ofrece cobertura total, la cual aspira a abarcar todas las contingencias médicas para toda la población.

Figura 22: Seguros médicos privados (porcentaje sobre el gasto total sanitario)



Fuente: Investigación de PricewaterhouseCoopers.

Asimismo, también existen otras particularidades, como el hecho de que no existe equivalente a los métodos utilizados por las autoridades reguladoras de otros países para ampliar el acceso a los seguros de salud. Así, por ejemplo:

- No existe equivalente a las franjas de tarifas utilizadas en diferentes partes de los Estados Unidos en el mercado de colectivos pequeños;
- No existen incentivos fiscales para el establecimiento de primas fijas comunitarias, como en Francia;

- No existe equivalente a los sistemas de prima fija colectiva implantados en Australia; y
- No existe un sistema regulado de primas niveladas o constantes, como en Alemania.

Las compañías británicas de seguros médicos tienen una libertad poco común para establecer las primas de los tomadores que contratan un seguro individual según los riesgos que existan a corto plazo, en contratos de 12 meses. Como consecuencia de ello, en el mercado británico las primas normalmente aumentan de forma acusada en los tramos de mayor edad hasta el punto de ser poco accesibles para muchos clientes (ver Figura 23). Además, una persona que cambia de trabajo corre el riesgo de acumular exclusiones significativas. Por tanto, los seguros médicos privados se han convertido en un componente marginal del sistema de financiación de la sanidad.

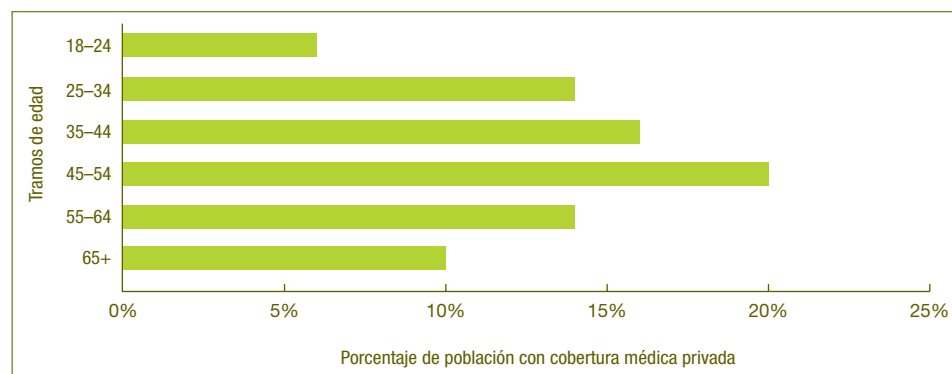
En la actualidad, los seguros privados de asistencia sanitaria funcionan en el Reino Unido como un sistema “duplicado” al sistema público. El asegurado sigue teniendo derecho a un completo servicio público y continúa pagando por él fiscalmente. El modelo del Reino Unido como un mercado de seguros duplicado, sin embargo, está sujeto a amenazas en áreas como la asistencia dental, en la que lo restringido de la oferta de provisión del NHS, hace que sea difícil de justificar la provisión completa por parte del sistema público. Esto está conduciendo a un mercado que se parece más al sistema sustitutivo, vigente en otros países.

Básicamente, el sector de los seguros sanitarios privados en el Reino Unido está sujeto a muy pocas regulaciones específicas, aunque suele ser práctica habitual en el mercado no aplicar exclusiones a los clientes fieles. Incluso en tales casos, naturalmente, estos clientes pueden ver que su seguro ya no cubre determinadas situaciones particulares. Es fácil deducir que, en general, los seguros británicos de asistencia médica ofrecen al cliente un nivel de riesgos compartidos bastante inferior al que se aplica en la mayoría de los países desarrollados.

Se intenta innovar

Aun así, las compañías de seguros médicos pretenden innovar en el mercado reduciendo principalmente los costes a cambio de una cobertura reducida. Algunas soluciones con las que se pretende reducir la cobertura son mayores franquicias, copagos hasta un límite y cobertura para determinadas dolencias solamente. PruHealth, una empresa mixta entre Prudential y Discovery, ha adoptado un enfoque diferente: PruHealth ofrece a sus clientes descuentos sustanciales si adoptan medidas para llevar un estilo de vida más saludable. Normalmente, estas medidas innovadoras pretenden atraer a clientes más sanos y, seguramente, más jóvenes, que suelen decantarse por un seguro individual más que por uno colectivo. Sin embargo, en conjunto, el mercado británico está dominado por clientes de mayor edad y con mejores recursos económicos que se encuentran en edad de jubilación.

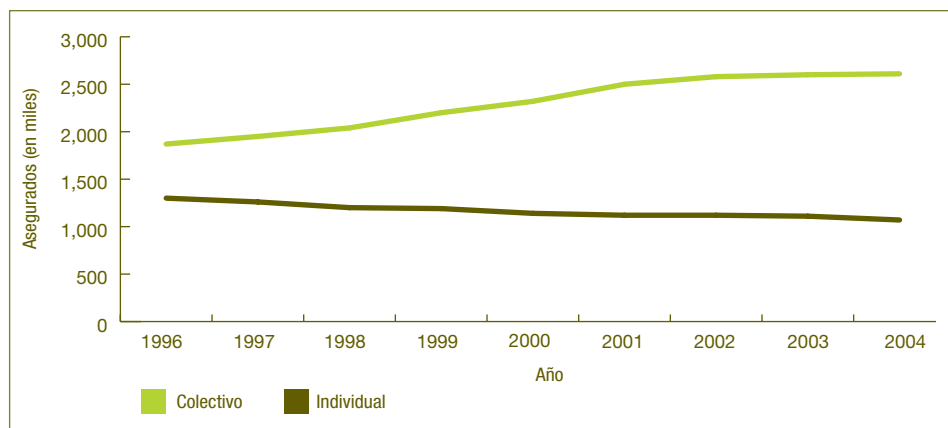
Figura 23: Porcentaje de población con cobertura médica privada por tramos de edad



Fuente: Ipsos Mori, Enero-Junio 2005.

13 Reino Unido

Figura 24: Número de asegurados (en miles) 1996-2004



Fuente: Asociación de Aseguradores Británicos.

De hecho, a pesar de las innovaciones, el número de asegurados individuales no ha dejado de descender, lo cual se ha atribuido en general al aumento de las primas (ver Figura 24).

Además de perseverar en el esfuerzo por revitalizar el mercado de los seguros individuales ofreciendo un coste menor a los tomadores más jóvenes o con menos problemas de salud, una compañía británica, al menos, basa su modelo de negocio en una cobertura y unas primas de por vida, aumentando éstas sólo en proporción a la inflación de las solicitudes de asistencia médica generales. Esta compañía es una mutua. El débil marco regulador del producto (en comparación con el de Alemania, por ejemplo) implica que la compañía manifieste una discreción considerable a la hora de establecer incrementos en las primas. Consideramos que se debería pensar con atención en la posibilidad de crear un producto suficientemente transparente que fuera apropiado para las compañías de seguros individuales en el conjunto del mercado. No obstante, la existencia de este producto constituye otro ejemplo del dinamismo del mercado británico, a pesar de los obstáculos a los que se enfrenta.

Situación más positiva en las pólizas colectivas

En el mercado británico de seguros colectivos las compañías aseguradoras normalmente ofrecen una cuota

establecida casi fija para todos los miembros asegurados, es decir, aunque puedan existir exclusiones relacionadas con enfermedades que se diagnosticaron antes de que el empleado formalizara el contrato laboral, todos los asegurados pagan lo mismo, sin tener en cuenta la edad o el sexo. El conjunto de garantías de las pólizas colectivas es bastante más positivo que el del mercado de seguros individuales. Al cambiar de empresa se pueden revisar las exclusiones y unas condiciones de empleo relativamente buenas son un factor clave positivo en el proceso de selección por parte de la aseguradora. Asimismo, la tendencia de los trabajadores más jóvenes a aceptar el

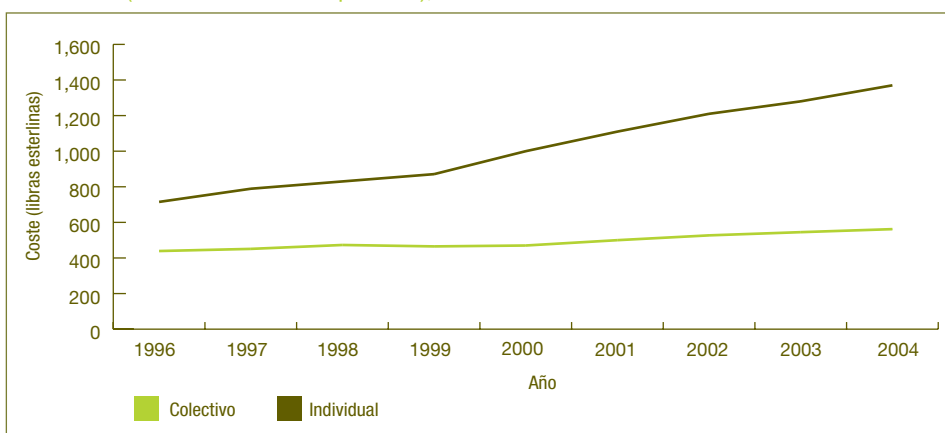
plan de empresa respalda la idea de establecer las primas según el colectivo de que se trate.

Puesto que en comparación con Australia, por ejemplo, no existen garantías exigibles por ley que aseguren que siempre se ofrecerá cobertura, las compañías de seguros están menos expuestas a los clientes “puntuales” que sólo contratan seguros cuando prevén que van a necesitar asistencia. Aun así, hay pruebas que constatan que el mercado individual atrae a tomadores de mayor edad, que tienen más razón para pensar que van a necesitarla.

Como consecuencia de estos factores, la prima media en el mercado colectivo es bastante más baja que la del mercado individual (ver Figura 25).

En términos generales, el mercado británico corre el riesgo de especializarse principalmente en seguros para empresas que ofrezcan su cobertura sólo durante los años de trabajo y, más tarde, únicamente para aquellas enfermedades que surgieron durante la contratación del trabajador. Cada vez más, sólo las personas de mayores recursos pueden beneficiarse de este mercado. Pero el sector ha demostrado una gran capacidad para innovar. En un entorno más favorable, cabría esperar que las compañías británicas de seguros sanitarios pudieran responder fuertemente a cualquier oportunidad real de expandir el mercado.

Figura 25: Coste medio de las primas de seguros médicos privados (en libras esterlinas por año), 1996-2004



Fuente: Asociación de Aseguradores Británicos.

Estados Unidos 14

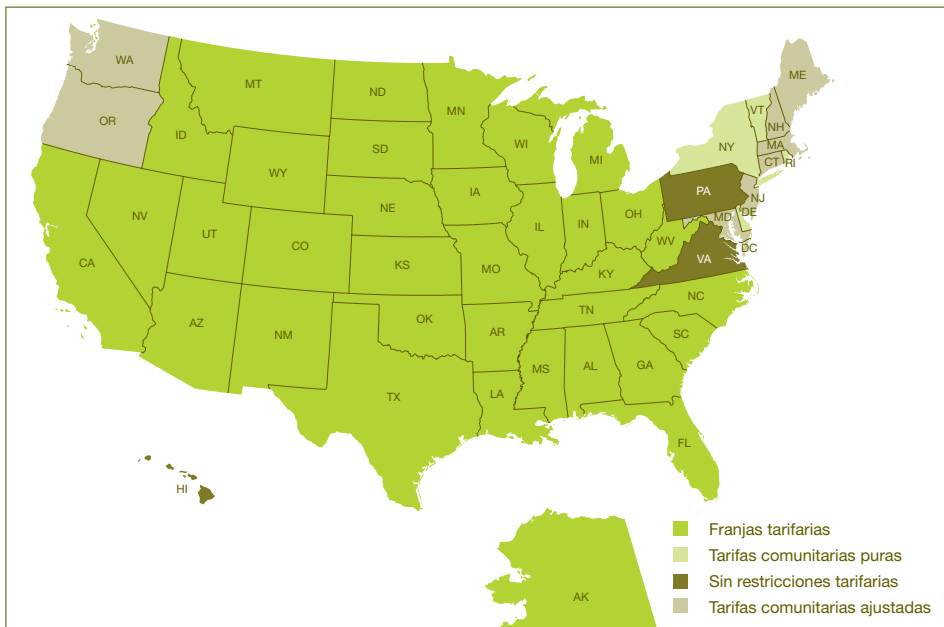
El mercado estadounidense se ha centrado en el papel de las compañías aseguradoras como gestoras de los costes médicos. No obstante, los costes han aumentado por encima de los precios generales y de los salarios. El acceso a los servicios médicos es un problema arraigado. La normativa varía según los estados, lo cual es reflejo de las diversas prioridades sociales de cada uno de ellos. Se están potenciando los servicios médicos preventivos, pero los incentivos para desarrollar esta actividad pueden parecer insuficientes.

La cobertura médica privada tiene mayor relevancia en los Estados Unidos que en cualquier otro país. Sin embargo, esto no significa que existe un enfoque de mercado libre uniforme. Por el contrario, la situación general delata una relación compleja entre el mercado libre de seguros de salud y las exigencias de la política social, que normalmente se concretan en normativas de los estados.

El mercado estadounidense se divide en tres segmentos: el de seguros individuales, el de seguros colectivos de pequeños grupos (2-50 miembros) y el de seguros colectivos de grandes grupos. El mercado colectivo de grandes grupos puede subdividirse, a su vez, en el segmento de asegurados y el de auto-asegurados. Los planes de auto-aseguramiento impulsados por las empresas normalmente tienen más de 1.000 miembros y se regulan de forma singular por la legislación federal ERISA. Normalmente, estos mismos planes firman acuerdos con organizaciones privadas de asistencia médica (las HMO o las PPO). Alrededor del 90% de los americanos en edad laboral que tienen seguro sanitario, obtienen el seguro a través de la empresa y, por tanto, pertenecen al grupo de seguros colectivos.

Cada estado tiene sus propias facultades y ello permite la existencia de sistemas muy variados. De hecho, existe una variación considerable entre estados. Esto se puede observar particularmente en los mercados individuales y de pequeños colectivos, en donde predomina el sistema de seguros en contraposición al de auto-seguros. Por ejemplo, la mayoría de los estados aplican restricciones tarifarias de determinadas características en el mercado de pequeños colectivos. Un mecanismo regulador común consiste

Figura 26: Restricciones tarifarias en el mercado de colectivos pequeños (2-50 miembros)



Fuente: Fundación Kaiser.

en definir franjas en función del estado de salud de los clientes y así imponer límites a las variaciones de las primas para cada franja. Las definiciones de las franjas tarifarias y de los límites aplicables a las modificaciones de las primas varían según los estados (ver Figura 26).

Esta regulación sanitaria por franjas es resultado, en gran medida, de la política social. Por norma general, pretende que la oferta de productos de las compañías privadas de seguros médicos sea más accesible y esté en mayor consonancia con la política social general de un estado concreto. Otras medidas normativas podrían incluir, por ejemplo, el establecimiento de coeficientes mínimos de pérdidas. Sabemos que en nueve estados existen tales regulaciones en el mercado de seguros individuales.

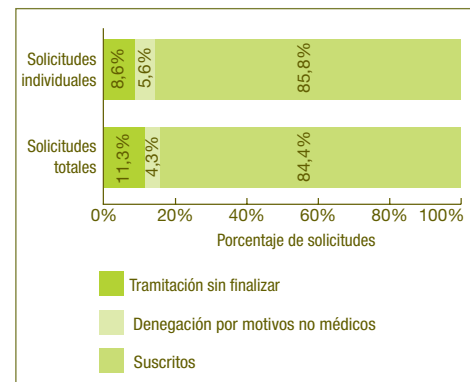
Denegaciones

Sin embargo, en el mercado de seguros individuales se deniega una parte significativa de las propuestas que se presentan. Según la Asociación Norteamericana de Planes de Salud (AHIP en sus siglas inglesas), aproximadamente el 25% de las solicitudes de cobertura sanitaria del mercado individual no derivan en una oferta de suscripción. Puede que

las propuestas no lleguen a ser suscritas (ver figura 27).

Las características de clasificación de las categorías “tramitación sin finalizar” y “denegaciones por motivos que no son médicos” no siempre resultan claras. Una vez que la propuesta alcanza la fase de suscripción las denegaciones alcanzan, de media, un 10%-15% pero, como es lógico, éstas aumentan con la edad y, según AHIP, las cifras indican que el 30%

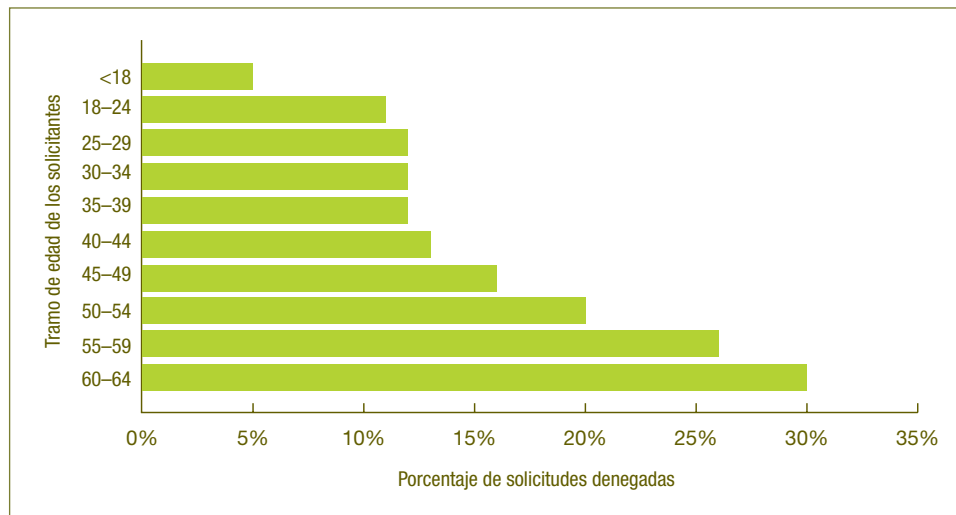
Figura 27: Porcentaje de solicitudes finalmente suscritas en 2004



Fuente: Asociación Norteamericana de Planes de Salud, Seguros Médicos Individuales: estudio exhaustivo de asequibilidad, acceso y prestaciones, Agosto 2005.

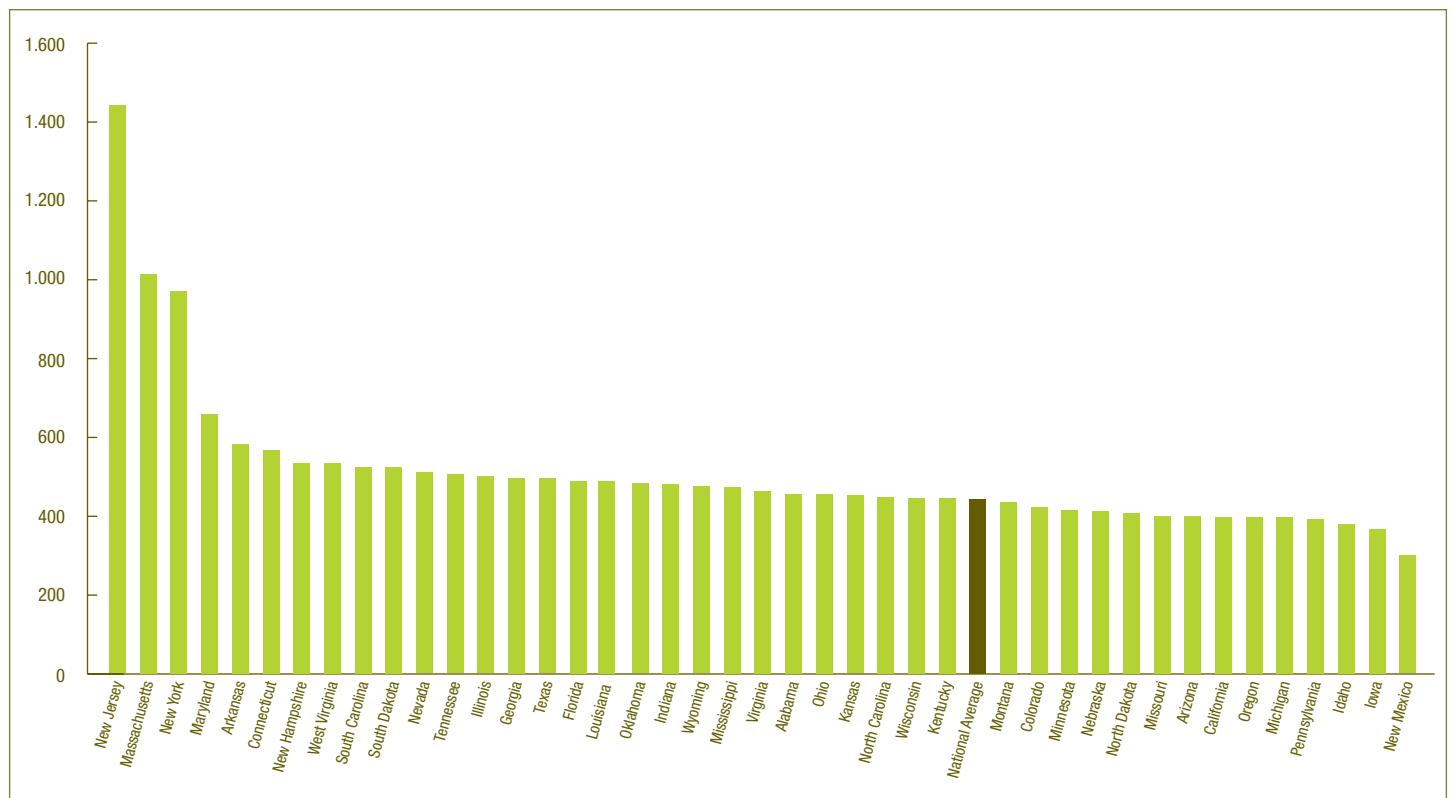
14 Estados Unidos

Figura 28: Análisis de las tasas de denegación 2004 – Solicitudes individuales



Fuente: Asociación Norteamericana de Planes de Salud, Seguros Médicos Individuales: estudio exhaustivo de asequibilidad, acceso y prestaciones, Agosto de 2005

Figura 29: Prima anual media para una cobertura familiar en el mercado individual, 2004 (\$ estadounidenses)



Fuente: Asociación Norteamericana de Planes de Salud, Seguros Médicos Individuales: estudio exhaustivo de asequibilidad, acceso y prestaciones, Agosto de 2005.

de las propuestas entre los 60 y los 64 años son rechazadas por razones médicas (ver Figura 28 en la siguiente página).

Existen grandes divergencias entre estados en cuanto a la prima media que se aplica en el mercado individual de la asistencia médica, en parte debido a que se trata de sistemas de funcionamiento diferente. La Figura 29 muestra la prima media anual en el mercado individual para una cobertura familiar en cada estado de la Unión en 2004.

En tres estados, la prima media aplicada es considerablemente mayor que en los demás. Los mercados de seguros médicos de Nueva Jersey, Nueva York y Massachussets están regulados por su respectiva legislación estatal, que les obliga a establecer “primas fijas comunitarias”. En general, en Estados Unidos, como en todo el mundo, la aplicación de estas primas comunitarias implica:

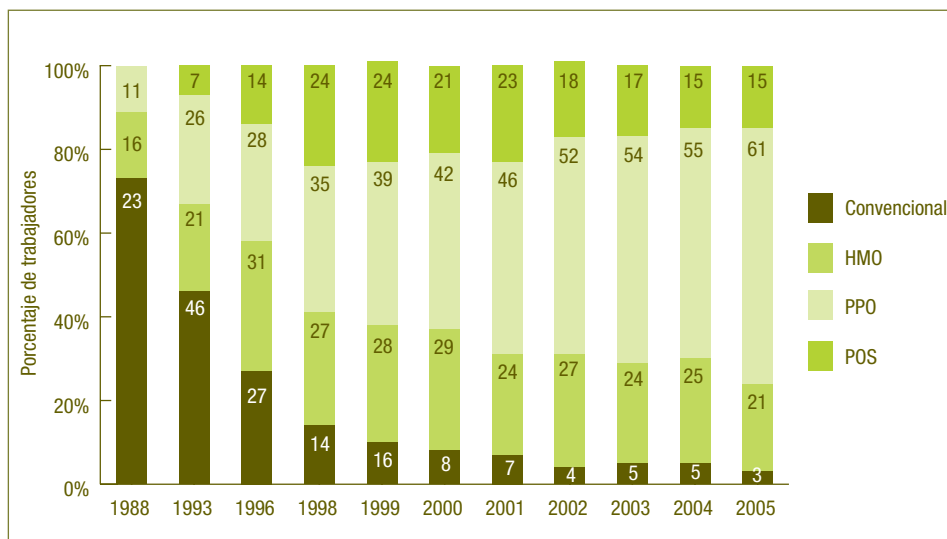
- Que se cobra la misma prima a todos los solicitantes sin importar el estado de salud de los mismos;
- Que se garantiza la cobertura, es decir, que la cobertura no puede denegarse;
- Que la renovación está garantizada; es decir, a los clientes actuales no se les puede denegar la cobertura cuando renuevan su póliza.

La “prima fija comunitaria” media parece alta

La aplicación de “primas fijas comunitaria” hace frente al problema de la denegación de cobertura médica, que puede dañar la política social. Sin embargo, el hecho de que los seguros colectivos cubran riesgos que, de otro modo, serían denegados por motivos médicos es una de las causas de que la prima media sea alta. Estas primas elevadas y la garantía de que se dará cobertura con independencia del estado de salud hacen que los clientes más jóvenes y sanos dejen de contratar seguros médicos y esto, a su vez, incrementa las primas comunitarias.

Las primas fijas comunitarias, que caracterizan el mercado de asistencia sanitaria estadounidense, están estrechamente relacionadas con la emergencia del mercado a gran escala de

Figura 30: Planes de asistencia sanitaria (por tipo), 1998-2005



Fuente: Fundación Kaiser/Sociedad Educativa de Investigación Sanitaria, Estudio de las prestaciones médicas financiadas por el empleador, 2005.

seguros médicos. Cuando “The Blues” se formaron (de la unión de Blue Cross y Blue Shield) en los años 30, fueron pioneros en Estados Unidos en ofrecer seguros médicos de amplia difusión, normalmente mediante organizaciones sin ánimo de lucro que aplicaban primas comunitarias. Estas organizaciones se incentivaron con privilegios fiscales y normativos. Los seguros médicos colectivos ofrecidos por las empresas aumentaron durante la Segunda Guerra Mundial, cuando las empresas financiaban prestaciones médicas como medio para competir por una mano de obra escasa, con lo cual soslayaban el control sobre los salarios que por entonces se aplicaba. La tendencia también se consolidó gracias a las compensaciones fiscales que se otorgaban a las empresas que financiaban las primas médicas y a los trabajadores que se acogían a la cobertura de aquéllas. Cuando en los años 50 las aseguradoras que aplicaban primas según la previsión de riesgos empezaron a cubrir el mercado, The Blues no tuvieron más remedio que abandonar el sistema de primas fijas comunitarias. Al principio, lo abandonaron en algunos sectores del mercado colectivo y, más tarde, lo hicieron también en el mercado individual.

El sistema de primas fijas todavía se aplica en el mercado de grandes colectivos, aunque los costes normalmente varían

según la experiencia de cada uno de ellos. Con esto, los trabajadores de una empresa cubiertos por un plan determinado suelen pagar lo mismo o casi lo mismo sin que se tenga en cuenta edad, sexo o estado de salud. Asimismo, aunque existen excepciones llamativas, el nivel de ingresos no suele influir en el nivel de contribuciones. Aun así, las empresas grandes pueden tener más de un plan con prestaciones y contribuciones diferentes. La ventaja de los seguros médicos colectivos es que al plan se acogen porcentajes elevados de personas con alto riesgo y de personas con bajo riesgo, con lo que es posible aplicar de forma eficaz primas comunitarias “internas” dentro del colectivo, sobre todo en aquellos que son numerosos. La mayoría de los ciudadanos estadounidenses obtienen su cobertura médica mediante este sistema de asistencia.

Costes sanitarios

En el conjunto del mercado y, en especial, en el mercado de seguros colectivos, se presta gran atención a las estructuras sanitarias que permiten gestionar los costes de la asistencia médica, como pueden ser las HMO, las PPO (éstas ofrecen servicios fuera de su propia red, aunque suelen cubrir menos contingencias) y los seguros médicos a medida (CDHC).

14 Estados Unidos

En general, las HMO y las PPO han desplazado el mercado tradicional de “fee-for-services” (pago por acto) en el mercado de seguros colectivos.

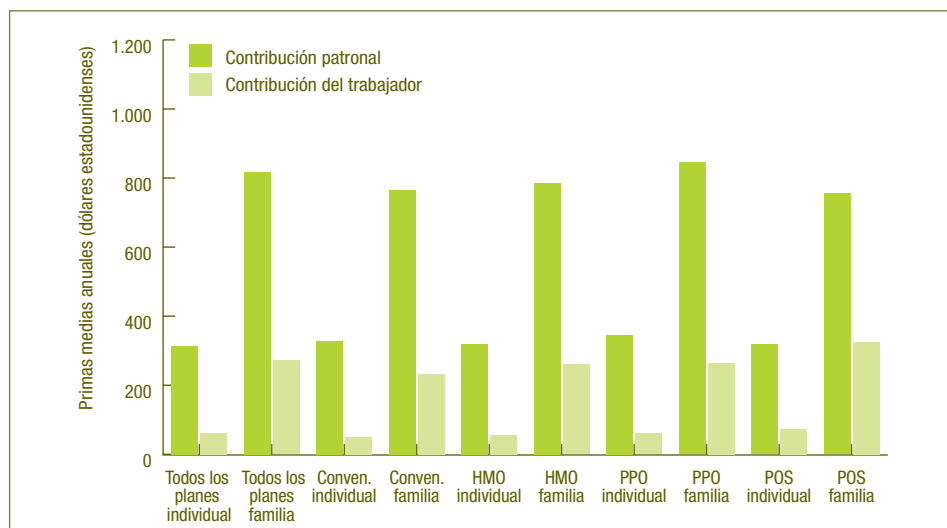
Sin embargo, es difícil determinar hasta qué punto las diferentes estructuras han provocado diferencias sustanciales en los costes de los servicios médicos. La Figura 31 muestra la cobertura que una familia de cuatro miembros obtiene a través del empleo de un trabajador. Queremos

destacar que los Planes de tipo Punto de Servicios (POS), cuya definición suele hacer referencia a un híbrido entre los planes HMO y PPO en el que se precisa una autorización especial para utilizar servicios que no formen parte de la red, parecen demandar mayores contribuciones por parte del empleado.

A pesar de la inventiva con la que se pretenden gestionar los costes de gestión en el momento de la prestación del

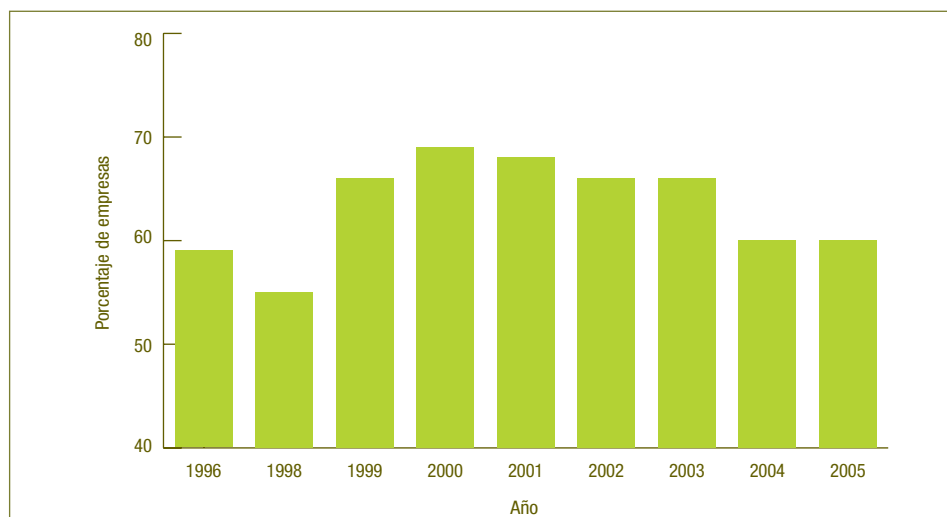
servicio, el crecimiento de los gastos médicos ha sobrepasado con creces los aumentos de precios y de los índices salariales con lo que hoy por hoy la cobertura médica es una pesada carga para las empresas estadounidenses. A resultados de lo anterior, el sistema de seguros sanitarios está constreñido. Se calcula que la población sin seguro de salud en Estados Unidos alcanza los 40 millones (o más) y en los últimos años no ha dejado de aumentar.

Figura 31: Primas medias anuales por tipo de plan, 2005 (dólares estadounidenses)



Fuente: Fundación Kaiser/Sociedad Educativa de Investigación Sanitaria, Estudio de las prestaciones médicas financiadas por el empresario, 2005.

Figura 32: Porcentaje de empresas que ofrecen prestaciones médicas



Fuente: Fundación Kaiser/Sociedad Educativa de Investigación Sanitaria, Estudio de las prestaciones médicas financiadas por el empresario, 2005.

Compra eficiente de prestación sanitaria

Las aseguradoras estadounidenses están concentradas en la compra eficiente de prestaciones sanitarias; en que los acuerdos sean suscritos de forma inteligente dentro de las limitaciones normativas; y que se gestione la demanda, especialmente en las edades donde es más probable que se requiera asistencia médica. No obstante, es difícil encontrar los incentivos adecuados para gestionar la salud a largo plazo del conjunto de asegurados. Básicamente, si un grupo de personas mejora su salud, esto resultará tan atractivo para otras aseguradoras como lo es para la aseguradora actual, al menos en principio. Está por ver que la aseguradora actual vaya a recoger los frutos de una mejora tal en la salud de sus clientes.

Aun así, se dedica mucho esfuerzo a medidas preventivas específicas. Por ejemplo, la gestión de las enfermedades y los programas de bienestar han experimentado una gran penetración en el mercado. Los planes de mayor actualidad son aquellos que fomentan los resultados de salud compartiendo riesgos entre la compañía y el tomador. En ausencia de un sistema de pérdidas y ganancias en las “reservas para la vejez”, como ocurre en el modelo alemán, consideramos que estos incentivos pretenden evitar en gran medida los incrementos en las primas que, de ocurrir, podrían provocar que la empresa cambiara de compañía aseguradora antes de lo previsto. Sin embargo, en un mercado competitivo, el tomador puede contratar un seguro médico con una nueva compañía aseguradora en cualquier momento.

En España, aunque el Sistema Nacional de Salud (SNS) cubre prácticamente a toda la población (en puridad el SNS no es universal, aunque a los efectos prácticos lo es, ya que se define la forma de acceso al sistema de aquellos escasos colectivos no cubiertos), este SNS coexiste con una actividad no desdeñable de seguros sanitarios privados, que en su mayoría es del tipo de doble cobertura (duplicado), ya que la adscripción al sistema público es obligatoria, con excepción de el colectivo de los funcionarios públicos, que, como veremos, pueden acogerse a un sistema de seguros sanitarios privados, sin doble cobertura (sustitutivo).

El seguro sanitario en el contexto general del seguro

El seguro sanitario se sitúa, por el volumen de primas, como el cuarto ramo en importancia en el conjunto del seguro y tercero en el agregado de no vida (Figura 33).

Población cubierta

En la Figura 34, vemos cómo ha evolucionado la población cubierta por el seguro sanitario privado en España: 6,98 millones de personas en el 2005. Teniendo en cuenta que la población en España es de 45 millones de personas, esto nos dice que más del 15 % de la población tiene cobertura por un seguro sanitario privado.

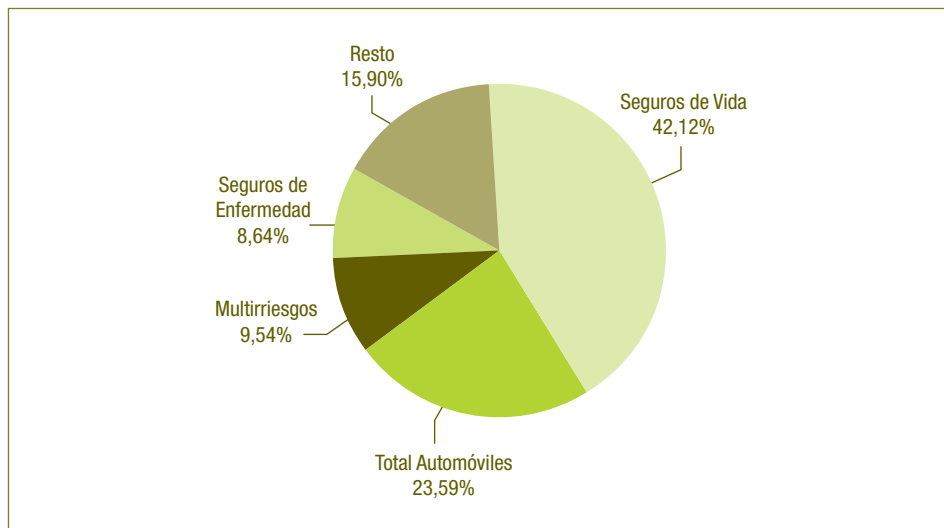
Volumen de las primas

La evolución de las primas ha ido también en ascenso en los últimos años, más rápidamente que el aumento de la población, tal y cómo podemos ver en la Figura 35.

Este incremento en la evolución de las primas se ha debido más a un aumento del precio de las primas que a un aumento muy significativo de la población cubierta. El crecimiento de la facturación se debe: 1/3 al aumento de población protegida, y 2/3 al aumento de precio de las primas

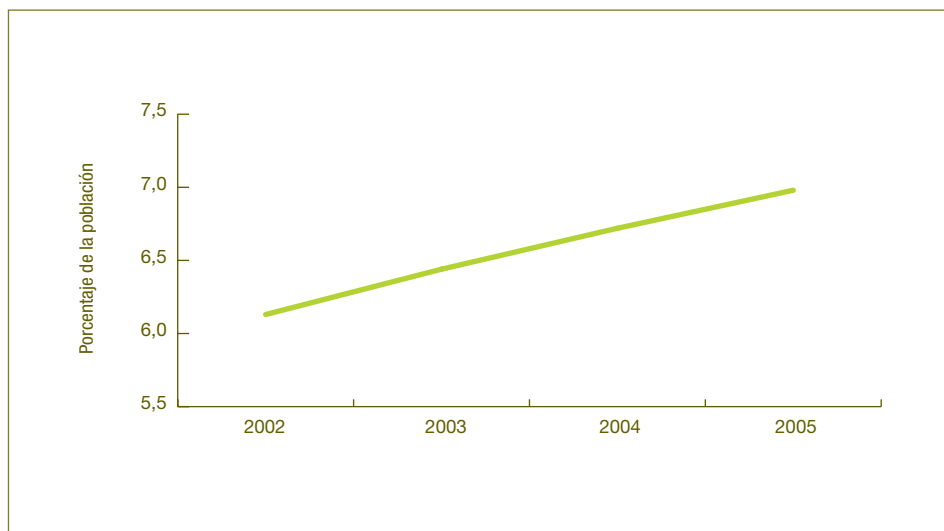
Teniendo en cuenta el gasto total en salud en España, tomando los datos de la OCDE, esto nos dice que en este país, aproximadamente el 5% del gasto sanitario corresponde a pólizas privadas.

Figura 33: Distribución de las primas emitidas en el seguro total en España



Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, DOSFP (2006). Elaboración propia.

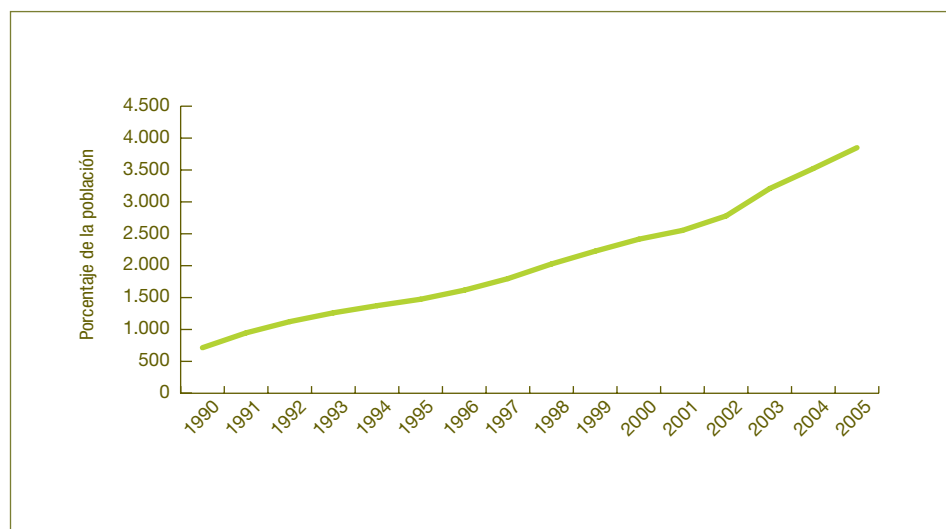
Figura 34: Evolución del número de asegurados. 2002-2005



Fuente: Seguros de Salud, Informe de DBK, julio 2006.

15 España

Figura 35: Evolución de las primas en seguros sanitarios privados en España, 1990-2005



Fuente: Seguros de Salud, Informe de DBK, julio 2006.

Tipología del tomador de seguro sanitario privado

Por tipología de tomador del seguro, en España, se dan tres modalidades (Figura 36): a) seguro individual; b) tomador del seguro colectivo; c) funcionarios públicos del “sistema MUFACE”, acogidos a la prestación por parte de alguna entidad aseguradora. En el caso individual, es el propio ciudadano quien compra la póliza, para sí y para su familia; en el caso colectivo, es la empresa que cubre a determinados grupos de empleados de la misma por este seguro; en el caso de los funcionarios públicos de la Administración Central, éstos pueden optar en España bajo el llamado “sistema MUFACE”, a que la prestación sanitaria se la dé el sistema público o una entidad aseguradora de las que prestan servicios a este sistema (que, en la actualidad, son diez). En la práctica, el 87% de los funcionarios optan porque la atención sanitaria les sea ofrecida por aseguradoras privadas.

De los más de 7 millones de personas que están cubiertas a través de un seguro de asistencia sanitaria, algo más de 2 millones son funcionarios por el sistema de opción a través del Mutualismo Administrativo (modelo sustitutivo) y más de 5 millones habían contratado directamente su póliza. Estos últimos

tienen, por lo tanto, doble cobertura (sistema duplicado en la terminología de este informe).

Las razones que llevan a algunas personas a contratar una póliza de asistencia sanitaria, a pesar de tener ésta cubierta por el sistema público, son las siguientes:

- obtener una atención más personalizada;
- acceso directo al especialista (en España, como es sabido, el acceso al sistema sanitario es a través de la función de puerta de entrada de la atención primaria, salvando las urgencias);
- más derecho de opción de médicos y hospitales (las compañías aseguradoras suelen presentar una amplia oferta de médicos y clínicas privadas a las que acudir);
- evitar las listas de espera para determinadas intervenciones;
- habitación individual en caso de hospitalización (hecho especialmente valorado en las situaciones de maternidad); y
- pago de la prima, total o parcialmente, como un beneficio en especie por parte de la empresa en la que trabaja el asegurado.

Empresas aseguradoras privadas

En cuanto a las empresas aseguradoras privadas, en España se ha venido dando un intenso proceso de concentración en el mundo asegurador sanitario privado, de tal manera que las cinco primeras empresas (Adeslas, Sanitas, ASISA, Mapfre Caja Salud y DKV Seguros) tienen por sí mismas más del 77% del volumen de facturación de las pólizas.

Otra característica del mercado de seguro sanitario en España es que está dominado por compañías especializadas en seguros de salud.

Por otra parte, el mercado del seguro sanitario en España tiende a concentrarse en algunas Comunidades Autónomas, como Madrid, Cataluña, Baleares y País Vasco. En estos territorios, más del 20% de la población tiene cobertura privada por parte de alguna aseguradora.

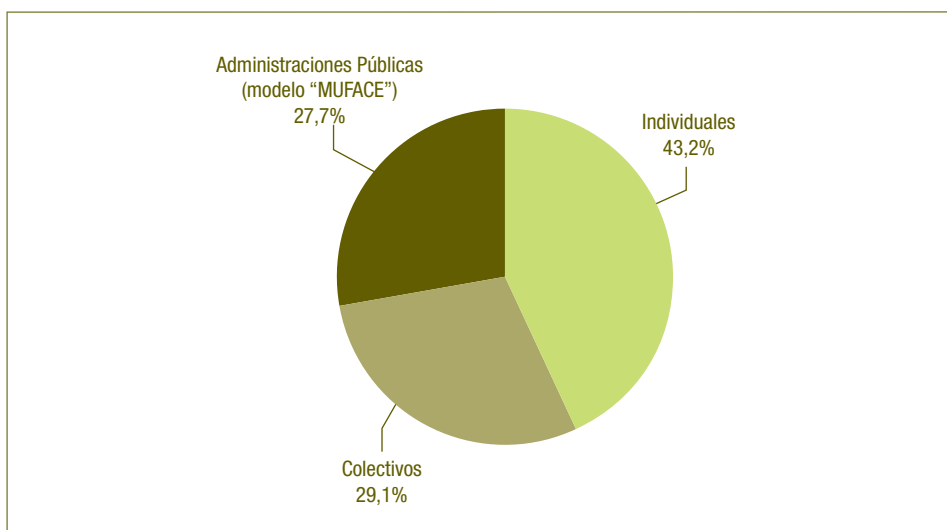
El ranking de las compañías aseguradoras privadas se presenta en la Figura 37:

Modalidades de seguro sanitario

En España se dan dos grandes modalidades de seguro sanitario (Figura 38):

- Seguro de reembolso de gastos (seguro de enfermedad), minoritario,

Figura 36: Distribución del número de asegurados en seguros sanitarios privados por modalidades



Fuente: Seguros de Salud, Informe de DBK, julio 2006.

sigue la lógica del negocio asegurador y limita el compromiso de la compañía aseguradora a reembolsar con posterioridad los gastos que el asegurado haya pagado por la asistencia recibida y que él mismo se ha de buscar en caso de enfermedad. En España esta modalidad absorbe menos del 8% del negocio asegurador sanitario. En la práctica este modelo funciona con "cuadro recomendado" lo que suele transformar un seguro de asistencia sanitaria.

- Seguro de prestación de servicios médicos (seguro de asistencia sanitaria). Integra la función aseguradora con la provisión de servicios, de tal modo que la compañía se obliga con sus asegurados a la prestación de determinados cuidados (según la cobertura de la póliza) y con ello se convierte en organizador y responsable de esa atención sanitaria, sea con medios propios o concertados. Esta es la forma predominante de funcionamiento del seguro sanitario privado en España.

incentivo fiscal en el IRPF, salvo en el caso de los trabajadores autónomos en régimen de estimación directa. No obstante, los seguros de salud pueden ser utilizados por las empresas para retribuir a sus empleados, disfrutando así de ciertas ventajas fiscales.

En concreto, no se consideran retribución en especie, y por tanto, no tributan en el IRPF del trabajador, las primas o cuotas satisfechas por la empresa para cubrir la enfermedad del trabajador, su cónyuge y descendientes, siempre que las mismas no excedan de 500 euros anuales por cada una de esas personas. El exceso es retribución en especie.

Si la empresa resarce al trabajador del coste del seguro médico contratado por éste con una entidad de seguros, no existe retribución en especie sino dineraria y, por tanto, no opera la anterior exención. Puede darse el supuesto de que la empresa abone parcialmente a la entidad de seguros la prima y en ese caso, sólo esa parte será renta en especie, exenta en caso de cumplirse los requisitos antes señalados.

hemos denominado seguro "duplicado". Es decir, doble cobertura, se dispone de la cobertura pública y se recurre adicionalmente al seguro privado. Sólo para los funcionarios existe en España la posibilidad de un seguro sanitario privado "sustitutivo".

En España existe un seguro sanitario privado de bajo precio, muy influido por el hecho del seguro obligatorio. El precio aproximado para un matrimonio de edad media (40-50 años), con dos hijos pequeños está entre 170 y 230 euros/mes. Esto incluye prestaciones similares a las del sistema público, excepto los medicamentos. El precio es significativamente menor de lo que cuesta un seguro de estas características en cualquier país europeo, como Alemania e incluso Portugal. Hasta ahora se contaba con la ventaja de que en determinadas situaciones los asegurados acudirían para problemas graves al seguro público. Esto está cambiando en la actualidad, lo que obligará a cambiar también los precios y los servicios ofrecidos por las aseguradoras privadas.

Hasta ahora las aseguradoras jugaban con extensos cuadros médicos y de clínicas, que eran prácticamente los mismos para todas las aseguradoras, lo que hacía a los productos de las mismas difícil de distinguir para los clientes. Por otra parte, en este contexto de gran

Situación fiscal del seguro sanitario privado

Los seguros de enfermedad concertados a título individual no tienen ningún

Perspectivas del seguro sanitario privado en España

La forma predominante del seguro sanitario privado en España es lo que

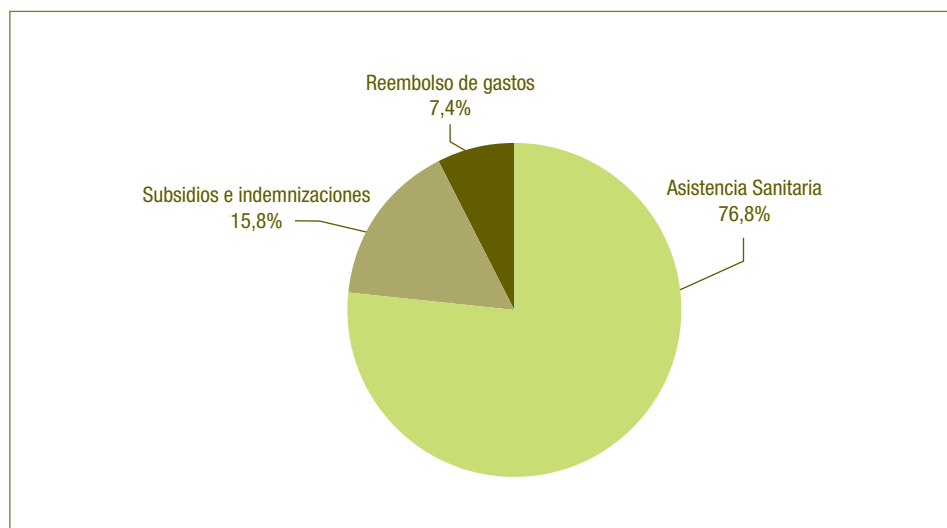
15 España

Figura 37: Ranking de las principales compañías aseguradoras privadas, por volumen de facturación en primas

Compañía	Primas 2006 (millones de euros)
Adeslas	903,1
Sanitas	726,6
Asisa	631,8
Mapfre Caja Salud	353,4
DKV Seguros	239,3

Fuente: Seguros de Salud, Informe de DBK, julio 2006.

Figura 38: Porcentaje de asegurados en seguros de salud por modalidades, año 2005



Fuente: Seguros de Salud, Informe de DBK, julio 2006.

oferta, se hace más difícil controlar coste o calidad.

Una parte del futuro de las aseguradoras sanitarias depende de decisiones políticas en cuanto al enfoque de la situación actual del doble aseguramiento. Son muy difíciles las perspectivas de un crecimiento significativo en número de afiliados bajo el régimen de doble cobertura. Es por lo que las aseguradoras están explorando otras opciones: introducirse en el terreno de los proveedores (en particular para prestaciones no cubiertas por el sistema público: clínicas dentales, etc.), servicios a la tercera edad o posicionándose ante las perspectivas de una regulación del seguro de dependencia.

En España, no existe nada parecido a un seguro sanitario privado a largo plazo,

con lo que las aseguradoras carecen de incentivos para adentrarse con fuerza en terrenos como la promoción de la salud o la prevención de la enfermedad. De hecho, la vida media de las pólizas sanitarias en España se sitúa en unos cinco años.

Otro elemento importante que afectará al futuro del seguro sanitario privado son las perspectivas de la asistencia sanitaria del Mutualismo Administrativo, que incluye a más de 2 millones de asegurados. Una ampliación del colectivo cubierto incrementaría el papel de las aseguradoras sanitarias en el servicio público. Por el contrario, una difícil sostenibilidad de esta cobertura sería grave para el seguro sanitario privado, no sólo por lo que representa la importancia

de un colectivo considerable, sino porque cegaría, al menos momentáneamente, las posibilidades de colaboración del seguro sanitario privado con el servicio sanitario público.

Contenidos

16	Glosario	46
17	Tabla de figuras	47
18	Contactos	48

15 Glosario

Compensación de riesgos: Mecanismo mediante el cual se reembolsa a las aseguradoras por aceptar clientes de alto riesgo a tarifas de primas reguladas. La financiación del mecanismo se obtiene gracias a contribuciones de las aseguradoras con clientes de bajo riesgo (por ejemplo los de menor edad).

Modelo duplicado de seguros sanitarios: Un marco de seguros sanitarios en el que la adquisición de pólizas de seguro no provoca impacto alguno sobre los pagos fiscales de los asegurados ni sobre su derecho a prestaciones sanitarias financiadas por el estado.

Modelo sustitutivo de seguros médicos: Marco en el que los seguros médicos, al menos hasta cierto punto, actúan como sustitutos de la asistencia sanitaria pública. El asegurado puede beneficiarse de una reducción o de un reembolso con respecto a impuestos relevantes, o puede recibir una contribución a los copagos de la asistencia sanitaria pública. La etiqueta de “sustitutivo” guarda relación con la financiación de las prestaciones y se puede utilizar tanto si la prestación se ofrece en instalaciones públicas o privadas.

Regulación de primas: Restricciones gubernamentales sobre el nivel límite de las primas o sobre hasta qué punto pueden existir variaciones de las mismas entre asegurados.

Reservas para la vejez: Son las reservas que mantiene una aseguradora creadas a partir de los ingresos de los asegurados más jóvenes y que se utilizan para pagar (el mayor número de) prestaciones de los asegurados de mayor edad. Surgen cuando existe alguna forma de sistemas de primas niveladas o constantes pagaderas por los asegurados por un contrato de seguro médico de larga duración.

Riesgos compartidos: Método por el cual el asegurado comparte riesgos con la aseguradora con respecto a determinados gastos sanitarios.

Sistema de primas fijas comunitarias: Se trata de una manera de regulación de primas que, en su forma pura, obligaría a las aseguradoras a cobrar una prima fija a todos los asegurados independientemente de su edad/sexo o estado de salud. Asimismo, las aseguradoras estarían obligadas a garantizar la aceptación de todas las solicitudes, la renovación de todos los contratos y la no imposición de exclusiones de las pólizas. No obstante, algunos sistemas en los que no se cumplan al cien por cien dichas condiciones también se etiquetarían como seguros de prima fija comunitaria.

Tabla de figuras 16

Figura	Descripción	Página
1	Porcentaje de los costes de asistencia sanitaria soportados por los seguros privados (2003)	9
2	Desglose de la financiación sanitaria en 2003	10
3	Número de empleados asegurados con Plan de Salud en los Estados Unidos	15
4	Impacto del Programa Vitalidad de Discovery en el gasto en asistencia sanitaria	18
5	Índice de penetración en el mercado de los seguros privados de asistencia sanitaria de la población australiana	21
6	Porcentaje de los gastos sanitarios cubiertos por los seguros privados (Australia)	21
7	Solicitudes de asistencia de Seguros Sanitarios Privados en Australia	22
8	Días en hospitales por 1.000 asegurados 2004-2005 (Australia)	22
9	Primas de seguros médicos en China –colectivos e individuales	24
10	Tendencia de los costes sanitarios desglosados en China	24
11	Primas de seguros médicos – enfermedades críticas y reembolso de gastos médicos (China)	25
12	Porcentaje de los gastos sanitarios financiados por los seguros de asistencia sanitaria en Francia	26
13	Desarrollo de los fondos/reservas para la vejez en el marco de una tarifa constante (Alemania)	28
14	Tomadores con un seguro médico privado: 1980, 1990 y 2003 (Alemania)	28
15	Contribución al sistema sanitario público (en porcentaje sobre ingresos) (Alemania)	29
16	Porcentaje de asegurados privados (Irlanda)	30
17	Porcentaje de la cobertura de los gastos sanitarios por parte de los seguros privados (Irlanda)	30
18	Edad y estado de salud de los asegurados (Irlanda)	31
19	Porcentaje de los costes sanitarios soportados por los seguros médicos privados 1997-2004 (Holanda)	32
20	El nuevo sistema sanitario de los Países Bajos	32
21	Porcentaje de costes sanitarios soportados por los seguros médicos privados (Suiza)	34
22	Seguros médicos privados (porcentaje sobre el gasto total sanitario) (Reino Unido)	35
23	Porcentaje de población con cobertura médica privada por tramos de edad (Reino Unido)	35
24	Número de asegurados (en miles) 1996-2004 (Reino Unido)	36
25	Coste medio de las primas de seguros médicos privados (en libras esterlinas por año), 1996-2004 (Reino Unido)	36
26	Restricciones tarifarias en el mercado de colectivos pequeños (2-50 miembros) (USA)	37
27	Porcentaje de solicitudes finalmente suscritas en 2004 (USA)	37
28	Análisis de las tasas de denegación 2004 – Solicitudes individuales (USA)	38
29	Prima anual media para una cobertura familiar en el mercado individual, 2004 (US \$) (USA)	38
30	Planes de asistencia médica (por tipo), 1998-2005 (USA)	39
31	Primas medias anuales por tipo de plan, 2005 (dólares estadounidenses) (USA)	40
32	Porcentaje de empresas que ofrecen prestaciones médicas (USA)	40
33	Distribución de las primas emitidas en el seguro total en España	41
34	Evolución del número de asegurados. 2002-2005 (España)	41
35	Evolución de las primas en seguros sanitarios privados en España, 1990-2005	42
36	Distribución del número de asegurados en seguros sanitarios privados por modalidades (España)	43
37	Ranking de las principales compañías aseguradoras privadas, por volumen de facturación en primas (España)	44
38	Porcentaje de asegurados en seguros de salud por modalidades, año 2005 (España)	44

17 Contactos

Si desea comentar algunas de las cuestiones tratadas en este informe, dirijase por favor a su contacto habitual en PricewaterhouseCoopers. Este informe fue preparado por:

Tony Silverman

Especialista en análisis de seguros, Grupo de Investigación de Global Equity
tel: 44 20 7804 5057
anthony.silverman@uk.pwc.com

Equipos responsables de Asistencia sanitaria

Salud

Responsable de Sectores sanitarios

Jim Henry
tel: 1 678 419 2328
jim.henry@us.pwc.com

Responsable de la Red de Asistencia Sanitaria de EMEA

Wim Oosterom
tel: 31 30 219 1528
wim.oosterom@nl.pwc.com

Seguros de Salud

Responsable de seguros

Ian Dilks
tel: 44 20 7212 4658
ian.e.dilks@uk.pwc.com

Prologo y coordinación Edición Española

España

Ignacio Riesgo
tel: 34 915 685 747
ignacio.riesgo@es.pwc.com

Contactos locales en temas de Salud

Australia

Anne-Marie Feyer
tel: 61 2 8266 3925
anne-marie.feyer@au.pwc.com

China

Nova Chan
tel: 86 21 6123 2501
nova.chan@cn.pwc.com

Francia

Jean-Louis Rouvet
tel: 33 1 56 57 85 78
jean-louis.rouvet@fr.pwc.com

Alemania

Harald Schmidt
tel: 49 699 585 1702
harald.schmidt@de.pwc.com

Irlanda

Paul Monahan
tel: 353 1 662 6241
paul.monahan@ie.pwc.com

Países Bajos

Andre Loogman
tel: 31 30 21 91 539
andre.loogman@nl.pwc.com

Suiza

Hans-Peter Muenger
tel: 41 58 792 7970
hans-peter.muenger@ch.pwc.com

Reino Unido

Simon Leary
tel: 44 20 7804 9969
simon.m.leary@uk.pwc.com

Estados Unidos

Michael Thompson
tel: 1 646 471 0720
michael.thompson@us.pwc.com

Contactos locales en temas de Seguros de Salud

Australia

Kim Smith
tel: 61 2 8266 1100
k.smith@au.pwc.com

China

David Campbell
tel: 86 21 6123 3228
david.campbell@cn.pwc.com

Francia

Michel Laforce
tel: 33 1 5657 1069
michel.laforce@fr.pwc.com

Alemania

Alfons Koch
tel: 49 211 981 2377
alfons.koch@de.pwc.com

Irlanda

Garvan O'Neill
tel: 353 1 662 6218
garvan.o'neill@ie.pwc.com

Países Bajos

Godert van der Poel
tel: 31 20 56 84 107
godert.van.der.poel@nl.pwc.com

Suiza

Armin Bantli
tel: 41 58 792 2130
armin.bantli@ch.pwc.com

Reino Unido

Paul Clarke
tel: 44 20 7804 4469
paul.e.clarke@uk.pwc.com

Estados Unidos

Paul Veronneau
tel: 1 860 241 7568
paul.veronneau@us.pwc.com

Para obtener más copias, póngase en contacto con Alpa Patel a través de la dirección alpa.patel@uk.pwc.com



Cláusula de exención de responsabilidad:

PricewaterhouseCoopers ha recopilado y procesado la información de este informe con diligencia y de manera profesional. No obstante, los datos utilizados en la preparación del mismo (y en los que se basa el informe) fueron suministrados por terceras partes. Este informe persigue únicamente fines de interés general y no constituye un consejo profesional. PricewaterhouseCoopers no se hace responsable de la exactitud del informe. Se exime de cualquier tipo de responsabilidad a PricewaterhouseCoopers con respecto a usuarios o terceras partes por la inexactitud de la información contenida en el informe o por los errores u omisiones de su contenido, independientemente de la causa que los haya motivado. Además, dentro de los límites legales permitidos, PricewaterhouseCoopers, sus miembros, empleados y agentes no serán responsables por las reacciones o actuaciones de los lectores, motivadas por la información contenida en este informe o por cualquier decisión que se tome en base a la misma, o por los daños especiales, punitivos, emergentes o resultantes que se pueda causar a cualquier persona física o jurídica con respecto a cualquier cuestión relacionada con este informe.

Los miembros de las empresas de la red PricewaterhouseCoopers (www.pwc.com) ofrecen servicios de consultoría y fiscales y aseguran la calidad para construir una confianza entre sus clientes y ofrecerles valor añadido tanto a ellos como a sus accionistas. Más de 130.000 personas en 148 países comparten sus pensamientos, experiencia y propuestas de soluciones para desarrollar unas perspectivas frescas y un asesoramiento práctico.

“PricewaterhouseCoopers” se refiere a la red de empresas miembros de PricewaterhouseCooper International Limited, cada una de las cuales es una entidad legal separada e independiente.

© 2006 PricewaterhouseCoopers. Todos los derechos reservados. “PricewaterhouseCoopers” se refiere a la red de empresas miembros de PricewaterhouseCoopers International Limited, cada una de las cuales es una entidad legal separada e independiente. Diseñado por studioec4 18300 (10/06)

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the 1970s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [12]. In the 1980s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [13].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [14]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [15]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [16].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [17]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [18]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [19].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [20]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [21]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [22].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [23]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [24]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [25].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [26]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [27]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [28].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [29]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [30]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [31].

