



El seguro de salud en España

LUIS MIGUEL ÁVALOS MUÑOZ

Director de Seguros Personales. UNESPA

1. RELEVANCIA SOCIOECONÓMICA DE LOS SEGUROS DE SALUD EN ESPAÑA

Modalidades de seguro de salud

El seguro privado de salud tiene una amplia implantación en España en la que destaca su peso económico con un volumen de primas de 7.300 millones de euros y un número de asegurados que asciende a 10,6 millones a cierre del año 2015.

Los seguros de salud en España suelen abarcar varios tipos de modalidades de cobertura, siendo la más extendida la modalidad de asistencia sanitaria:

- **Asistencia Sanitaria:** el asegurador se compromete a proporcionar a las personas aseguradas asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica, por medio de un cuadro concertado de facultativos que la entidad pone a su disposición. Hay tres grandes tipos de pólizas de asistencia sanitaria:
 - **Individuales:** En los que existe un solo asegurado.
 - **Familiares:** En un mismo contrato se da cobertura a los cónyuges, hijos y ascendientes que convivan con el titular del contrato.
 - **Colectivos.** Son seguros que agrupan a varias personas sin parentesco, pero con algún vínculo común. Los más habituales son los referidos a los trabajadores de una empresa.
- **Reembolso de gastos:** Por medio de este seguro se garantiza el reembolso de los gastos médicos abonados previamente por el asegurado hasta un porcentaje determinado en el contrato y mediante el establecimiento de franquicias. Habitualmente, las entidades aseguradoras trabajan con un cuadro médico recomendado, estableciéndose en la póliza el reintegro al 100% de los gastos médicos si se accede a cualquier médico del cuadro. En caso contrario, el reintegro de los gastos puede tener una franquicia de un porcentaje.
- **Subsidios:** Es una modalidad mediante la que el asegurador se compromete a satisfacer al asegurado las cantidades pactadas, por una sola vez o en forma de subsidio diario, en caso de incapaci-

cidad temporal u hospitalización por enfermedad o accidente.

- **Seguro dental:** Se cubren servicios relacionados con odontología, tanto reparadora como preventiva. Dado que la cobertura de salud que se cubre con esta modalidad es muy parcial, en las estadísticas sectoriales no se incluyen los datos de este tipo de seguros. En la actualidad, existen 1.700.000 asegurados de pólizas dentales, cifra que tiende a subir ya que se trata de una cobertura que está excluida de la Seguridad Social. Los seguros dentales cuentan también con la ventaja de que se trata de garantías ofertadas por entidades aseguradoras y por tanto, están bajo la protección que la normativa aseguradora ofrece a los asegurados tanto en materia de reclamaciones como de control de solvencia.

Las Mutualidades de Funcionarios y su sistema de asistencia sanitaria

A diferencia de otros países de la Unión Europea, en España el seguro de salud privado es un seguro duplicado. Toda persona está cubierta por el sistema público, pero un porcentaje de la población compra, además, una póliza de un seguro sanitario privado. La persona podrá utilizar los servicios del sistema público o del seguro privado, de acuerdo con sus preferencias en cada momento.

En 1975 se crea el modelo de provisión sanitaria para los funcionarios del Estado habiéndose consolidado desde entonces una estructura de tres Mutualidades para cada uno de los colectivos protegidos por este sistema.

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

La principal característica del modelo es la capacidad de elección, por parte del mutualista y con periodicidad anual entre una provisión sanitaria a través de la Seguridad Social o a través de concertos con entidades aseguradoras privadas.

A través de este sistema se presta asistencia sanitaria a dos millones de españoles entre funcionarios y beneficiarios. La mayor parte de este colectivo (un 86%) elige la cobertura sanitaria por parte de entidades de seguro privado, frente al 14% restante, que optan por ser atendidos por el sistema sanitario público.

Principales datos económicos

Como hemos señalado anteriormente, los seguros de salud tienen una especial relevancia tanto a nivel económico como de la población asegurada. Las principales magnitudes a 31 de diciembre de 2015 son las siguientes (Tabla 1).

El seguro de salud es, desde hace varios años, el tercer ramo de seguro más importante por volumen de primas, siendo tan solo superado por el ramo de vida y el ramo de automóviles.

En cuanto al número de asegurados, los 10,6 millones de asegurados suponen que el 20,4% de la población española cuenta con un seguro de salud, lo cual tiene una importancia extrema en el Sistema Nacional de Salud al descongestionar los servicios de atención públicos y drenar gasto a las comunidades autónomas.

2. NORMATIVA POR LA QUE SE RIGEN LOS SEGUROS DE SALUD

Los seguros de salud se rigen, al igual que el resto de ramos de seguro, por la siguiente normativa básica:

- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro.

A esta normativa nacional hay que añadir la normativa comunitaria compuesta básicamente por el Reglamento Delegado (UE) 2015/35, de 10 de octubre de 2014, por el que se completa la Directiva 2009/138/CE sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II).

Es de destacar que este reciente marco normativo no obedece únicamente a la introducción de un nuevo sistema de solvencia basado en el riesgo, sino que tiene por última finalidad la protección de los tomadores, asegurados y beneficiarios.

Tabla 1

MODALIDADES de seguro	Asegurados	Primas €
Asistencia sanitaria	6.552.971	4.898.819.507
Mutualidades de Funcionarios	1.914.193	1.513.593.990
Reembolso gastos médicos	689.056	659.457.675
Subsidios e indemnizaciones	1.512.863	227.348.815
TOTAL	10.669.083	10.669.083

Fuente: ICEA (El cuadro no incluye seguro dental)

Por este motivo, este nuevo marco normativo ha introducido modificaciones sustanciales en materia de información previa que alcanzan a una serie de seguros de mayor base social como pueden ser los seguros de salud o los seguros de vida.

Pero la protección de los asegurados no solo se ha reforzado mediante los mecanismos de información previa, sino que también se han introducido modificaciones en la Ley de Contrato de Seguro que analizaremos brevemente a continuación.

Modificaciones de la Ley de Contrato de Seguro

En el año 2006 se abordó por parte del Ministerio de Justicia un ambicioso proyecto que consiste en derogar nuestro más que centenario Código de Comercio y sustituirlo por un Código Mercantil en el cual se incorporen todas las normas que regulan los actos y contratos mercantiles, incluidas las sociedades de capital y también la ley de contrato de seguro.

A pesar de que la Comisión General de Codificación elaboró un completo texto de Anteproyecto de Código Mercantil, dada la complejidad de esta cuestión la reforma no pudo salir adelante durante la X Legislatura.

El Código mercantil incluía una reforma profunda de la Ley de Contrato de Seguro, de la cual se lograron rescatar algunas modificaciones, incorporándolas como Disposición Final de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

De las modificaciones introducidas en la Ley de Contrato, las que están más relacionadas con los seguros de salud son las siguientes:

- En los seguros de personas desaparece la obligación que se establecía en el artículo 11 para los tomadores y asegurados de comunicar las agravaciones del riesgo. Se añade a este respecto un segundo párrafo en el artículo 11 en el que se señala que no hay obligación de comunicar a la aseguradora la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo. Se trata de una modificación que se valora positivamente por el sector asegurador, ya que en la práctica ninguna entidad aseguradora había exigido a sus asegurados que le comunicasen las agravaciones en su estado de salud, por lo que la prohibición, lejos de perjudicarles, mejora la imagen del seguro frente a la sociedad.
- Otra modificación importante de la Ley de Contrato de Seguro es la relativa a la oposición a la

prórroga de los contratos anuales renovables (la mayoría de los seguros de salud tienen en España una duración anual renovable). La modificación introducida en el artículo 22 concede un plazo de un mes para el asegurado para manifestar que no quiere que se prorrogue su póliza, manteniendo en cambio el plazo de 2 meses si la oposición es de la entidad aseguradora.

- Finalmente, dentro de las modificaciones a la Ley de Contrato de Seguro se incorpora un nuevo artículo 106 cuarto por el que se establece que en los seguros de asistencia sanitaria, dependencia y decesos, las entidades aseguradoras garantizarán a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato. En estos casos, la entidad aseguradora deberá poner a disposición del asegurado, de forma fácilmente accesible, una relación de prestadores de servicios que garantice una efectiva libertad de elección, salvo en aquellos contratos en los que expresamente se prevea un único prestador. En el ámbito de la asistencia sanitaria, esta obligación no supone para las entidades aseguradoras ninguna complejidad de cumplimiento, ya que era una práctica generalizada entre todas las entidades aseguradoras de salud.

Modificaciones en la información previa a la contratación y en la postcontractual

En el ámbito reglamentario, el nuevo Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ha introducido también modificaciones para los seguros de salud respecto a la regulación contenida en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de 20 de noviembre de 1998.

Ahora la norma reglamentaria dedica un artículo específico (art. 126) al deber de información en los seguros de enfermedad. Además de las obligaciones generales de información, en los seguros de enfermedad se deberá informar al tomador, por escrito o en soporte duradero de los siguientes extremos:

- a) Identificación de los factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las sucesivas renovaciones de la póliza, en cualquiera de las modalidades de cobertura del seguro de enfermedad.
- b) Garantías accesorias opcionales a la cobertura de enfermedad que se ofrecen en la misma póliza, con indicación del importe de la prima correspondiente a cada una de ellas cuando correspondan a otro ramo de seguro.

- c) Condiciones de resolución del contrato y renuncia, en su caso, a la oposición a la prórroga por parte del asegurador en las renovaciones.
- d) Existencia, o no, del derecho de rehabilitación de la póliza y normas por las que se rige, en su caso.
- e) Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador.

El precepto añade también que las entidades aseguradoras informarán, antes de cada anualidad de vigencia del contrato, de las actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y cuadro médico, en su caso. En las modalidades de seguro individual o de pólizas familiares, se deberá informar, además, antes de la contratación, de las tarifas de prima estándar aplicables para todos los tramos de edad o que se delimiten en función de cualquier otro criterio objetivo de adscripción de los asegurados. Esta información deberá figurar actualizada y fácilmente accesible en el sitio web de la entidad y estar a disposición del asegurado en sus oficinas. La entidad comunicará al tomador la modificación de la estructura de tramos existente en el momento de la contratación.

3. LA AUTORREGULACIÓN SECTORIAL: LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD

A pesar de las obligaciones normativas que se han comentado anteriormente, el sector asegurador de salud ha considerado conveniente el avanzar en materia de autorregulación y autoimponerse una serie de obligaciones adicionales, no solo en materia de información previa sino también en el ejercicio del derecho de oposición a la prórroga.

Desde primeros del año 2015, UNESPA tiene implementada una Guía de Buenas Prácticas en la Contratación de los Seguros de Salud que consta de dos partes diferenciadas.

- Anexo I: Nota informativa previa estandarizada para los seguros de salud
- Anexo II: Limitaciones a la oposición a la prórroga

Nota informativa previa estandarizada

La primera parte de la Guía de Buenas Prácticas tiene como finalidad principal facilitar a los consumidores la comparación entre las distintas modalidades de los seguros de salud en la fase previa a la contratación (información precontractual). Para la consecución del anterior objetivo, se ha considerado que una medida que permitiría mejorar notablemente la comparabilidad entre estos productos consistiría precisamente en lograr un

cierto grado de estandarización, tanto en estructura y formato como en contenidos, en la información que se suministra al potencial cliente con carácter previo a la contratación del producto (nota informativa previa).

En consecuencia, todas las Entidades Aseguradoras adheridas a la Guía de Buenas Prácticas se comprometen a suministrar al potencial tomador, con carácter previo a la contratación del seguro de salud, la nota informativa previa estandarizada que se recoge en el Anexo I.

La nota informativa previa estandarizada suministrará información sobre todos aquellos aspectos recogidos en el artículo 126 del Real Decreto 1060/2015 (deber general de información al tomador), así como sobre algunos otros aspectos adicionales que sin duda se considera que contribuirán a una mejor comprensión por parte del potencial cliente de las características principales del seguro, así como a agilizar la comparabilidad entre los distintos seguros y modalidades.

Limitaciones a la oposición a la prórroga

La segunda parte de la Guía de Buenas Prácticas es una autorregulación del sector asegurador de salud que se compromete a no oponerse a la prórroga del contrato de seguro con particulares en el ámbito del seguro de enfermedad, en la modalidad de prestación de asistencia sanitaria con cuadro médico.

Los contratos de seguro de salud con particulares en la modalidad de prestación de servicios con cuadro médico suelen ser contratos de duración anual que se prorrogan automáticamente por otra anualidad si ninguna de las partes se opone a la misma. Esta posibilidad de oposición a la prórroga es una facultad que las entidades aseguradoras sólo ejercitan excepcionalmente en casos extremos y graves por mal uso de la póliza pero nunca por exceso de siniestralidad o edad.

No obstante lo anterior, las entidades aseguradoras adheridas a la Guía no se opondrán a la prórroga del contrato en supuestos de enfermedades graves siempre que el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza.

También se comprometen a no ejercitar la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.

En el momento de redactar el presente capítulo estaba adherido a la Guía el 83% del ramo de salud, lo cual demuestra el compromiso del sector por dar un servicio de calidad a largo plazo.