

El Paciente Emergente y el Paciente Responsable: protagonistas de cambios en el sector del seguro de vida, salud y dependencia

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ LÓPEZ Y JOSÉ ANTONIO MORO CAMBRA

Artículo basado en el proyecto de “centros de salud y autonomía personal” (CSAP): Idea, desarrollo y dirección del proyecto de CSAP

Desde hace más de un año y tomando como referencia un plan de negocio en el ámbito de la gestión de salud de enfermos agudos y crónicos anteriormente desarrollado por quien suscribe, un grupo multidisciplinar de expertos en prestaciones de servicios de salud y de seguros entre otros, trabajamos en una iniciativa innovadora de asistencia a la salud y autonomía personal con transcendencia en el diseño de pólizas y prestaciones en Salud, Vida y Dependencia. Queremos aportar recursos para afrontar una nueva realidad en el ámbito de los seguros a los que hemos hecho referencia que demanda importantes cambios. En primer lugar, es imprescindible que abordemos los indicadores que más influyen en el dibujo de esa nueva realidad: el “Paciente Emergente” y el “Paciente Responsable”, protagonistas principales de nuestra iniciativa por el nuevo producto que demandan, la forma de disfrutar del mismo y su influencia en la competencia y competitividad.

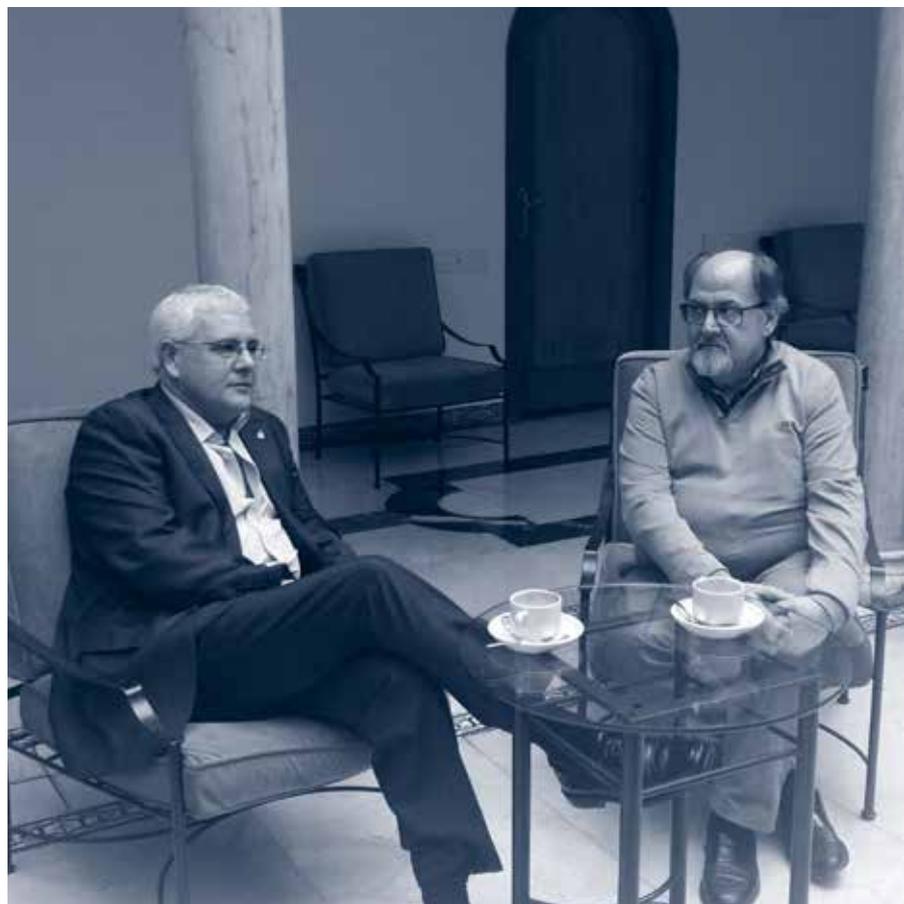
Presentamos una iniciativa o propuesta de innovación que permite trabajar al actuario sin limitaciones ni corsés porque con el Modelo de Centro asistencial y de Red Nacional de Centros que proponemos, que responderán a un único plan de calidad propio e identidad y conceptos de prestaciones sanitarias, bienestar y autonomía personal (dependencia) que hemos diseñado podrán contar con recursos y garantías que permitan al actuario de seguros del sector y a la propia entidad aseguradora diseñar y ofrecer pólizas hasta ahora inimaginables con objeto de alcanzar tres objetivos fundamentales:

a) Mejora y adecuación a todo tipo de usuarios de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios de las entidades aseguradoras.

- b) Mejora de los resultados económicos de las entidades aseguradoras.
- c) Posibilitar la fidelización del asegurado durante la mayor parte de su vida.

El sector asegurador requiere cambios porque existen indicios y esos cambios precisan de recursos y esos recursos los proporciona esta iniciativa, pero es muy importante responder a las preguntas: ¿qué indicios hay de esa demanda de cambios de la que se habla? ¿En qué consiste el cambio? ¿En qué consiste esta iniciativa? ¿Qué aporta a las demandas del consumidor? ¿Qué aporta a los resultados de las entidades aseguradoras?.

Francisco José López
y José Antonio Moro
(autores)



INDICIOS DE CAMBIO

A. Indicios en las nuevas formas de afrontar el riesgo de pérdida de la salud

Han aparecido determinadas actitudes para afrontar la pérdida de salud que quedan definidas por los conceptos de:

1. Paciente emergente
2. Paciente responsable

Estos indicios, que entendemos fundamentales por que determinan la actitud del consumidor e influyen en otros indicios, son los que dan título a nuestro artículo.

B. Indicios Socio-Económicos

Las hipótesis de partida respecto a las circunstancias socioeconómicas más influyentes y destacables en el sector de Salud y/o Vida son:

1. Cada año aumenta considerablemente la población mayor de 60 años.
2. Cada año aumenta considerablemente la población que a partir de los 55 años es considerada “enfermo crónico”.
3. La aparición de un periodo en la vida de las personas que se encuentra entre el periodo de salud (entendiendo que se distingue por la presencia ocasional de enfermedades agudas) y el periodo de dependencia (entendido cómo la pérdida de autonomía personal que le impide a una persona realizar las funciones propias de su edad). Ese nuevo periodo es el de la pre-dependencia, periodo en el que se pierde autonomía personal que condiciona pero no impide realización de funciones diarias.

C. Indicios de estrategias comerciales

Nos encontramos con unos conceptos antiguos de comercialización y marketing y deberá adaptarse con motivo de las siguientes circunstancias:

1. El grupo diana de consumidor de seguros de salud que genera poco gasto porque es sano se ha reducido considerablemente.
2. El crecimiento de la competencia y el estilo comercial de la misma está muy dirigido actualmente al grupo diana anterior.

D. Indicios en las prestaciones asistenciales

1. Los honorarios que perciben los profesionales actualmente por sus servicios son los mismos

que en el año 2000 con la consecuente incomodidad que genera.

2. Han sido promovidos grandes centros asistenciales que imponen condiciones globales y que comparten el sector público y el privado en sus instalaciones, acaparando profesionales independientes de los que se nutría el sector.
3. Un sistema de asistencia en base a consulta-consulta genera inseguridad e incrementa la demanda de servicios sin justificación en la mejora.

Estas diez evidencias y sus combinaciones e influencias entre ellas nos proporcionan razones suficientes para pensar que el sector asegurador de salud y vida debe considerar estas circunstancias en el estudio actuarial de sus pólizas y correspondientes prestaciones por los siguientes motivos:

1. Los indicios socio-económicos nos hacen pensar en que:
 - b) El grupo diana de pacientes sanos no es suficientemente numeroso para tanta competencia en número y en estilo.
 - c) Surge un grupo diana existente al que es necesario ofrecer unas prestaciones de acuerdo a sus demandas y necesidades que es el grupo de personas “no sanas” según el concepto actual de persona no sana que demandan también servicios de predependencia y en un futuro a corto plazo de dependencia, no solamente sanitarios, que son personas que necesitan asistencia pero no han perdido ni el deseo ni las posibilidades de viajar y cambiar de residencia de forma temporal y precisan de una organización de sus datos y modelo asistencial diferentes a los actuales.
2. Los indicios de que ha surgido otra visión de la salud por parte de la población consumidora de seguros de vida y salud nos hacen pensar:

Es imprescindible que abordemos los indicadores que más influyen en el dibujo de esa nueva realidad: el “Paciente Emergente” y el “Paciente Responsable”, protagonistas principales de nuestra iniciativa por el nuevo producto que demandan, la forma de disfrutar del mismo y su influencia en la competencia y competitividad

- a) Que ya existe conciencia de una salud basada en servicios preventivos y la “consulta” va a ser un recurso que solamente se dirigirá a enfermedades agudas. Hay que incorporar a las carteras de servicios, servicios de salud y atención social preventiva y sobre todo de planificación personalizada de la salud y las consecuencias de su pérdida progresiva o de la autonomía personal (predependencia y dependencia).
- b) Que el Paciente Emergente es un paciente que ha estado en contacto con las tecnologías de la comunicación, que conoce y usa las redes sociales y que como consecuencia consume información útil en unos casos y perjudicial en otros. Es preciso un cambio en la comunicación Médico-Paciente emergente que propone nuestro proyecto.
- c) Que el usuario que colabora y cumple con las instrucciones de quienes asumen la tutela de su salud, colaboran con su entidad aseguradora en la reducción de prestaciones y por tanto en los resultados económicos de la misma sin perjuicio para su salud.

UNA INICIATIVA PARA AFRONTAR EL CAMBIO

El “cambio” que no comienza por reconsiderar la gestión, en general, suele suponer, con frecuencia, un parche. En nuestro trabajo o iniciativa, hemos reflexionado sobre la realidad objetiva y evidencias, para proponer unas soluciones basadas en la experiencia, en el trabajo de investigación y en una respuesta al consumidor del seguro de salud como objetivo principal e incluso único:

1. Lo que espera de su aseguradora.
2. Lo que espera de las prestaciones contratadas.

La iniciativa iba dirigida, inicialmente, al ámbito privado de la salud y tiene como bases la medicina primaria, la prevención y planificación de la salud, la integración de todos los factores de los que depende la salud y el bienestar, la atención a todas las demandas de cualquier tipo del usuario y perfil del mismo, la atención a domicilio, el uso de tecnologías que permitan el control de constantes vitales en actividad, la disposición de la evolución de la salud en cualquier lugar, la tutela total o parcial del enfermo y los servicios sociales que demande



El cambio deberá estar basado tanto en la incorporación a la cartera de servicios de un servicio de planificación de la salud como en una red de centros asistenciales bajo el mismo modelo de gestión

como consecuencia de la pérdida de autonomía personal. Con todo lo anterior pretendemos que los resultados de las entidades aseguradoras sean consecuencia de una oferta sin precedentes a posibles asegurados y en base a servicios de salud y bienestar de alta calidad, extraordinariamente adecuados a los grupos previamente identificados y precio competitivo con las siguientes características:

1. Adaptación de la cartera de servicios a la prevención y a la planificación de la salud y a la atención a la autonomía personal.
2. Oferta especialmente diseñada para cada grupo de usuarios.
3. Consideración de usuarios no sanos como potencial cliente, útiles, con posibilidad y deseo de desplazamiento.
4. Proporcionar recursos dirigidos a transmitir seguridad al paciente en cualquier situación incluida la de dependencia.
5. Un trato más cercano, con un uso del tiempo de atención más adecuado al perfil del paciente y una formación adecuada y continua en comunicación.
6. Una oferta de todas las necesidades que genera la situación de dependencia y predependencia.
7. Una red de centros sanitarios sometidos a un diseño único y particularizado de calidad total.
8. Una red asistencial con datos actualizados al momento a disposición de los más de 50 centros en la geografía nacional que prevé la iniciativa.
9. Un servicio de asistencia sanitaria y asistencia social a domicilio.
10. Una tutela de la salud integrada con bienestar.

Las bases de la rentabilidad de la actividad de las entidades aseguradoras que hasta ahora parecían imprescindibles para alcanzar su objetivo de mejora de los resultados como aumentar el número de asegurados sanos que paguen pero no consuman y reducir el coste de las prestaciones, ya han dejado de ser viables por diversas circunstancias entre las que se encuentran una fuerte competencia y un movimiento de grandes organizaciones en el sector asistencial.

LA REPERCUSIÓN ECONÓMICA DEL CAMBIO

El cambio, obligado por las circunstancias que anteriormente hemos enumerado, fundamental y necesariamente deberá estar basado tanto en la incorporación a la cartera de servicios de un servicio de planificación de la salud como en una red de centros asistenciales bajo el mismo modelo de gestión y deberá tenerse en cuenta:

1. En los estudios Actuariales o Bases Técnicas del Seguro de Salud y del Seguro de Dependencia. (Para el cálculo de la prima de riesgo).
2. En los estudios Actuariales para la determinación de las Provisiones Técnicas. (Cálculo de magnitudes contables que el asegurador debe constituir para poder hacer frente a los compromisos que adquiere frente a sus asegurados).

Teniendo en cuenta que los estudios actuariales se sostienen en estadísticas sobre el consumo de servicios de los asegurados en el sector (en algunos casos de población en general) y particulares de la aseguradora y en una previsión del comportamiento de diferentes factores para años posteriores, debemos tener en cuenta las influencias directas previsibles de las tendencias que hemos expuesto anteriormente y sobre todo su influencia en las futuras estadísticas una vez producido el cambio en la gestión de la asistencia que supone nuestro proyecto.

Asimismo analizamos, brevemente, la repercusión sobre algunos de los factores que determinan las primas como consecuencia de considerar el nuevo servicio que propone nuestro proyecto (planificación de la salud) y la organización asistencial (red nacional de centros que responden a un modelo único que coordinan servicios asistenciales de salud y sociales), tal como hemos indicado anteriormente:

1. **En las Bases Técnicas del Seguro** (diseño de prestaciones y cálculo de primas). Considerar la existencia del nuevo servicio que implantamos, la planificación de la salud, porque va a influir en los siguientes aspectos del estudio actuarial:
 - a) **En la prestación de servicios.** Incorpora un nuevo servicio "La planificación de la salud", que supone un control del consumo de servicios que no aportan nada a la salud.
 - b) **En los periodos de carencia.** La existencia del nuevo servicio y su diseño adecuado podrá eliminar periodos de carencia y como consecuencia influirá en el diseño de las pólizas.
 - c) **En los riesgos excluidos.** Con estudios de salud previos descartaremos la exclusión de riesgos de baja probabilidad que al ser eliminados como exclusiones mejoran la imagen de la propuesta.

d) **En la información estadística del riesgo.** Con el nuevo servicio podremos mejorar las estadísticas en determinados grupos de usuarios de seguros de salud como es el grupo de pacientes responsables no considerado en el sector lo suficiente y al que podrán ofrecerse propuestas diferentes.

e) **En el cálculo de la prima de riesgo:**

- En la proyección de las primas. Será la proyección diferente pues nuestra propuesta facilita a la compañía el control del consumo del usuario.
- En los gastos de gestión de siniestros. Parte del trabajo administrativo de la gestión de siniestros se trasfiere al centro asistencial.
- En los gastos de gestión de administración. Parte de los gastos administrativos se reduce por la labor del centro asistencial evitando duplicación, en muchos casos, de algunos gastos.
- En los gastos de adquisición: Se incrementarán las pólizas dirigidas a colectivos.

f) **En la tarificación por edades.** Proporciona mejor control del riesgo en las pólizas en empresas afectadas como consecuencia de la jubilación a mayor edad. El control de la salud reduce el riesgo por tramos de edades.

2. **En los estudios Actuariales para la determinación de las Provisiones Técnicas por siniestro.**

En tan sólo un año de implantación de los nuevos servicios podrá comprobarse que las estadísticas que deberán aplicarse en años posteriores rebajarán sustancialmente los costes previsibles para los siniestros cómo son la intervención de urgencia, la restauración de la salud, la recuperación y mantenimiento y los gastos de farmacia y reducirán las provisiones técnicas a aplicar.

3. **Otras influencias destacables de esta propuesta:**

– **En el beneficio de la entidad aseguradora.**

La reducción de gasto y el incremento de las ventas al hacer más atractivo el producto y adaptado a todas las necesidades, dan como resultado el incremento de beneficios.

– **En las prestaciones:** nuestra propuesta de red de centros asistenciales con servicios integrados de salud y sociales y los servicios que propone facilita la posibilidad de sustituir las indemnizaciones por la asunción de los costes del servicio que garantiza la asistencia a la salud tan necesaria para retrasar el periodo de dependencia (pérdida de la autonomía personal) o al menos introduciendo entre el periodo de salud y la Dependencia un periodo de “Pre-dependencia” de carácter eminentemente preventivo.

Esta propuesta, además, puede suponer en un futuro a corto plazo una opción que encaje en una tendencia que está sobre la mesa como la colaboración entre el sector público de la salud y dependencia y el sector de las entidades Aseguradoras de Salud, Vida y Dependencia

- **En el ámbito de la Dependencia o pérdida de autonomía personal:** Nuestra propuesta de red de centros asistenciales con servicios integrados de salud y sociales y los servicios que propone facilita la posibilidad de diseñar las emergentes pólizas de Dependencia que garanticen los servicios con una gestión eficaz, rápida y respondiendo a las expectativas del asegurado.
- **En la posible colaboración del sector privado de asistencia con el sector público:** Nuestra propuesta, además, puede suponer en un futuro a corto plazo una opción que con pequeñas adaptaciones encaje en una tendencia que está sobre la mesa cómo la colaboración entre el sector público de la salud y dependencia y el sector de las entidades Aseguradoras de Salud, Vida y Dependencia.

La salud de las personas se deteriora como consecuencia de su actividad:

- A) Actividad laboral
- B) Actividad cotidiana y social.
- C) Actividad en tiempo libre.

Los programas de prevención en el ámbito laboral han dejado evidencia de la eficacia y efectividad de las medidas y existen programas en España y en Europa con fuerte relación con la propuesta que presentamos como son el programa de “Empresa Saludable” y las medidas de afrontamiento ante el “envejecimiento de la población trabajadora”.

Y por último nos gustaría incidir en la necesidad de considerar el carácter preventivo de los servicios, que incorporamos en los centros asistenciales y por consiguiente en la cartera de la compañía, que supondrá una opción del asegurado y de empresas de ser compensado de alguna forma por sus hábitos saludables dirigidos a la mejora de la salud tanto individual como colectivamente, circunstancia que influye favorablemente en el objetivo de la entidad aseguradora.