

GUÍA PARA ASEGURAR TU SALUD



Fundación **MAPFRE**

La medicina, tal y como la hemos conocido hasta ahora, experimenta un proceso de cambio motivado por la irrupción de las nuevas tecnologías que están revolucionando la manera de relacionarnos con nuestro entorno. La salud ha dejado de ser un concepto asociado a estar enfermo y acudir a un centro médico, y cada vez somos más conscientes de la importancia que tiene la prevención y cuidar nuestro bienestar en todos sus ámbitos.

La evolución de las nuevas tecnologías ha impulsado significativamente estos cambios, aportando herramientas y recursos que nos permiten tener mayor control de nuestra salud.

Se acuña un nuevo concepto —salud digital, e-salud o e-health— para describir la práctica de la asistencia sanitaria apoyada en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Fundación MAPFRE tiene entre sus objetivos **contribuir a la mejora de la cultura financiera y aseguradora de los ciudadanos**. Para ello ha elaborado esta guía que proporciona información sobre los seguros de salud y sus servicios asociados, apoyados en las nuevas tecnologías. Un nuevo paradigma que hoy día ya está cambiando la asistencia sanitaria y el cuidado de la salud de las personas.

Fundación MAPFRE

SUMARIO

I LA SALUD DIGITAL Y EL SEGURO DE SALUD	PÁG. 5
II TIPOS DE SEGURO DE SALUD	PÁG. 13
III LA ELECCIÓN DE UN SEGURO DE SALUD DIEZ RAZONES PARA ELEGIR UN SEGURO DE SALUD	PÁG. 19 PÁG. 38





**LA SALUD DIGITAL
Y
EL SEGURO DE SALUD**



¿QUÉ ES LA SALUD DIGITAL?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Es decir, la salud es un concepto que va mucho más allá de la curación. Tiene en cuenta al individuo como un ser integral que necesita cubrir todas sus necesidades vitales para sentirse saludable.

Al ser entendido como un estado continuo y no como algo esporádico, cobra especial importancia la digitalización como medio para tratar la salud, dando cabida al concepto de salud digital.

La salud digital —también conocida como e-salud o e-health— se refiere a la práctica de la medicina y los cuidados sanitarios con el apoyo de las nuevas tecnologías. Es un término que se atribuye a Paul Sonnier, quien define la salud digital como “aquella disciplina que une la revolución digital y la asistencia sanitaria”.

Esta disciplina no se refiere solo al ejercicio de la medicina a distancia (telemedicina) y poder disponer de profesionales que están en otros puntos geográficos, sino a favorecer la experiencia de todos los agentes involucrados, gracias a las herramientas que nos ofrece la tecnología, y conseguir un estado de bienestar integral.

Ese uso de las tecnologías y los datos que nos reportan es tan relevante que ha creado todo un nuevo paradigma por explorar.

Como ejemplo, el Big Data almacena una cantidad ingente de datos de numerosas fuentes y se dedica a encontrar posibles patrones que puedan predecir la aparición de nuevas patologías, desastres naturales, estado del aire y del agua, variables biológicas, etc. Es un universo muy complejo que todavía está en pleno desarrollo y tiene un gran potencial en el campo de la medicina.

Con todo esto, vemos cómo la salud digital está teniendo un impacto muy fuerte en nuestra sociedad y en la forma de entender la salud.

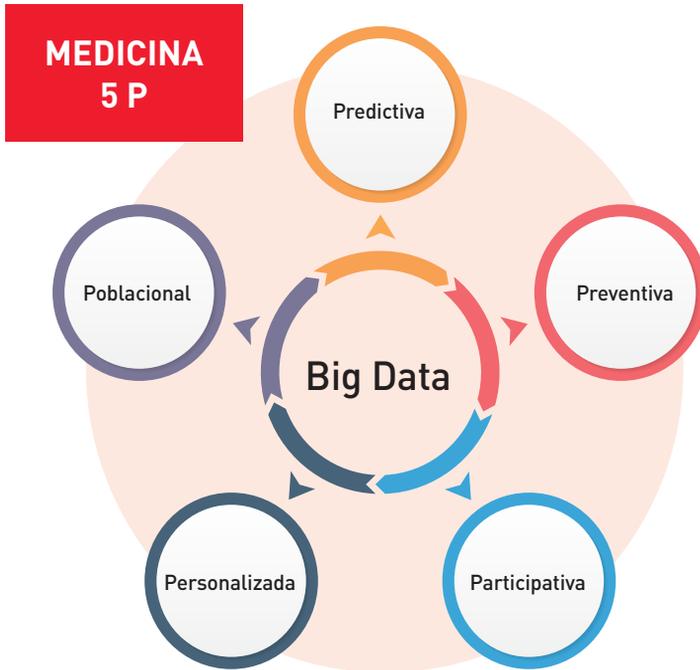
LA MEDICINA DE LAS 5 P

En los últimos tiempos se ha empezado a hablar de la futura medicina 5P, fruto de la fusión entre sanidad y Big Data.

Los cinco atributos que describen esa nueva forma de entender la medicina son:

1. **Predictiva:** se pasa de una medicina reactiva, ante la existencia de una enfermedad, a otra capaz de predecir y advertir al paciente de posibles futuras dolencias.
2. **Preventiva:** gracias a la gran cantidad de datos que se pueden cruzar, es posible desarrollar mecanismos mucho más eficaces de prevención de enfermedades.
3. **Participativa:** todos los agentes del sistema sanitario (gestores, centros, médicos, pacientes, cuidadores...) son importantes y se interrelacionan, creando de ese modo un sistema más eficiente.

4. **Personalizada:** se adapta a las necesidades particulares de cada paciente. El volumen de datos que se maneja permite ajustar la asistencia a cada individuo.
5. **Poblacional:** no dejar a nadie sin atención. El conocimiento de cada individuo, tratado en su conjunto, puede crear un sistema más eficiente que, con los mismos recursos, consiga tratar un mayor volumen de población.



¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE EL SEGURO PRIVADO DE SALUD?

En el nuevo mundo de la salud digital, los seguros de salud siguen teniendo un papel importante. Este es un tipo de seguro que proporciona principalmente una cobertura sanitaria, asistencial en el caso de sufrir alguna dolencia o enfermedad y, en algunas ocasiones, también da cobertura de carácter económico.

Se enmarca en la categoría de los seguros personales, que se caracterizan por que el objeto asegurado es la persona.

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA EN ESPAÑA?

Aproximadamente el 30% del total del gasto sanitario en España corresponde al sector privado. Casi uno de cada cuatro españoles ha optado por tener un seguro de salud privado. Esto supone un importante ahorro y descarga del sistema sanitario público, ya que las personas que cuentan con un seguro privado no suelen utilizar los recursos de la sanidad pública, o lo hacen de forma esporádica.

En España, por ejemplo, el 85 % de los más de dos millones de funcionarios adscritos obligatoriamente a sus correspondientes mutualidades han elegido la asistencia privada.

Además, el grado de satisfacción general con los servicios de la sanidad privada es alto: ocho de cada diez asegurados otorgan puntuaciones por encima de los 7 puntos, en una escala de 1 al

10, a la hora de valorar los servicios ofrecidos por la sanidad privada. También se da un elevado porcentaje de recomendación entre los usuarios. Más del 85 % de los usuarios aconsejaría a sus familiares y amigos el uso de la sanidad privada en general.

En relación con cada uno de los servicios, cabe resaltar muy especialmente el nivel de recomendación del ingreso hospitalario, del servicio de pruebas diagnósticas y del servicio de urgencias como los mejor valorados.



El grado de satisfacción de la sanidad privada es alto. Más del 85 % de los usuarios la aconsejaría

¿CÓMO COMPLEMENTA LA SALUD DIGITAL AL SEGURO DE SALUD?

Este nuevo escenario de la medicina actual, que es la salud digital, y la aparición de nuevos modelos de negocio, asociados a la prestación de servicios sanitarios basados en las nuevas tecnologías, son un complemento perfecto al seguro de salud tradicional, y puede suponer ventajas tanto para las aseguradoras como para los usuarios.

La inmediatez en el acceso a los servicios o a los resultados de pruebas, la eliminación de barreras geográficas con la telemedicina o el pago por su uso son beneficios que la salud digital ofrece al seguro de salud tradicional.

¿POR QUÉ PROTEGERME CON UN SEGURO DE SALUD SI YA CUENTO CON EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN SANITARIA?

Entre las numerosas ventajas de estar protegido con un seguro privado, destacan:

- Acceso directo al especialista, sin tener que pasar por el médico de asistencia primaria.
- Mayor agilidad y rapidez en la atención médica especializada, que se traduce en menos esperas y demoras.
- Libertad de elección del profesional o centro médico en algunos tipos de seguros, a través del cuadro médico de la compañía aseguradora.

- Acceso a determinadas pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos, con tiempos de espera menores que en la sanidad pública.
- Mayor privacidad en caso de hospitalización al disponer de habitaciones individuales.
- Asistencia médica en el extranjero en caso de desplazamientos temporales por periodos cortos de tiempo.
- Acceso a programas de medicina preventiva y rehabilitadora.
- Atención telefónica permanente y otros servicios complementarios.





TIPOS DE SEGURO DE SALUD

¿QUÉ TIPOS DE SEGURO DE SALUD SE PUEDEN CONTRATAR?

Aunque las coberturas varían según la modalidad contratada, las ofertas de las aseguradoras se pueden englobar en tres grandes grupos de seguros:

- Asistencia sanitaria.
- Reembolso de gastos médicos.
- Indemnización o subsidio.

Dentro de ellos, en función del número de asegurados, podemos encontrar seguros:

- **Individuales:** solo hay una persona asegurada.
- **Familiares:** mediante una única póliza se da cobertura a la unidad familiar (cónyuges, hijos y ascendientes que convivan con el titular del contrato).
- **Colectivos o de grupo:** mediante una única póliza se da cobertura a varias personas, sin parentesco entre ellas; algo indicado, por ejemplo, para los empleados de una empresa o los miembros de una asociación, colegio profesional o federación deportiva.

ES MUY IMPORTANTE CONOCER QUÉ CUBRE NUESTRO SEGURO. AUNQUE SE DENOMINEN GENÉRICAMENTE IGUAL, LAS PÓLIZAS PUEDEN SER MUY DISTINTAS Y CONTEMPLAR DIFERENTES COBERTURAS

¿QUÉ ES UN SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA?

Al contratar esta modalidad, el asegurado recibe una cobertura asistencial médico-quirúrgica dentro de un cuadro de profesionales y centros propios o concertados con la compañía. Es la modalidad que cuenta con mayor número de asegurados.

Las coberturas principales consisten en la prestación de servicios médicos. Normalmente no se permite el pago de indemnizaciones en metálico como alternativa a la prestación del servicio de asistencia sanitaria.

Por lo general, se incluyen coberturas como la asistencia médico-quirúrgica (tanto primaria como especializada), así como el internamiento en clínicas y hospitales, las urgencias, las pruebas diagnósticas, las intervenciones quirúrgicas, la medicina preventiva, la asistencia al embarazo y el parto, la planificación familiar, la fisioterapia y rehabilitación, entre otras muchas.

El servicio asistencial básico puede complementarse con determinadas prestaciones de carácter económico (por ejemplo, con coberturas para accidentes personales, reembolso de gastos por adopción nacional e internacional, o el cobro de una renta temporal en caso de hospitalización, etc.). Existen otras coberturas adicionales o tratamientos especiales como la conservación de las células madre del cordón umbilical.

Otras coberturas pueden estar sujetas a franquicias (importe del coste de la asistencia médica recibida que asume directamente el asegurado), limitaciones o exclusiones, como normalmente es

el caso de las prótesis, ciertos tratamientos odontológicos, algunas operaciones de cirugía estética o la reproducción asistida.

Hay que tener en cuenta que determinadas prestaciones y pruebas médicas requieren autorización previa de la aseguradora (intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas complejas o que involucran ciertos aparatos o instrumental, entre otras).

¿QUÉ ES UN SEGURO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS?

Es el que permite al asegurado elegir con total libertad al profesional de la salud u hospital que necesite en cada ocasión, en cualquier lugar del mundo, para recibir la atención médica que precise.

El usuario anticipa los gastos médicos ocasionados y luego envía la factura y el informe médico a la aseguradora para su reembolso, o devolución del gasto, total o parcial, posterior.

El porcentaje de reembolso de estos gastos médicos puede variar según los límites establecidos en la póliza.

Las aseguradoras también cuentan con un cuadro médico concertado para que, además de garantizar la libertad de elección, el usuario disponga de una red de servicios sanitarios. En este caso, la póliza funciona como la modalidad de asistencia sanitaria, y por tanto el asegurado no tiene que anticipar el pago de la prestación al profesional o centro sanitario, sino que la abona directamente la aseguradora.

¿QUÉ ES UN SEGURO DE INDEMNIZACIÓN?

En este caso, el asegurado recibe una cantidad económica fijada en la póliza en caso de ocurrir determinadas situaciones relacionadas con su estado de salud (hospitalización, baja laboral, etc.).

La función de este seguro es compensar los ingresos que se dejarían de obtener por incapacidad temporal, durante el tiempo en que el asegurado no pudiera ejercer su trabajo habitual por enfermedad o accidente, tanto por contingencias comunes como profesionales. Se percibe una indemnización diaria previamente acordada. También puede contratarse la opción de indemnización por baja laboral según baremo (indemnización hasta el número de días fijados en un baremo cuando el asegurado sufra baja por alguna de las enfermedades o lesiones recogidas en el mismo).

Las coberturas principales son las siguientes:

- **Indemnización por incapacidad temporal (o por “baja laboral”):** ofrece una cantidad diaria al asegurado mientras no pueda desempeñar su actividad profesional habitual.
- **Indemnización por hospitalización por cualquier causa:** la compañía aseguradora abona al asegurado una cantidad diaria mientras se encuentre ingresado en un centro hospitalario, independientemente de la circunstancia que haya provocado dicha hospitalización.

¿QUÉ SON LOS SEGUROS DE SALUD PARA EMPRESAS Y COLECTIVOS?

Además de las pólizas individuales de salud, existen las colectivas dirigidas a empresas o entidades como asociaciones, mutualidades, etc. El seguro de salud es uno de los beneficios sociales mejor valorados por los trabajadores, que aprecian especialmente la posibilidad de incluir a sus familiares directos (cónyuge e hijos, y ascendientes que convivan con aquellos).

La elección de este tipo de pólizas supone unas mejores condiciones de contratación, dado que las aseguradoras suelen ofrecer precios más reducidos y coberturas especiales adecuadas a las necesidades de cada empresa o colectivo.

En la actualidad, este tipo de seguros también tiene beneficios fiscales:

- Para la **empresa**, pues puede deducirse en el impuesto de sociedades las primas abonadas en concepto de seguro médico para sus empleados, lo que supone un importante ahorro fiscal.
- Para el **empleado**, ya que el importe de la prima pagada por la empresa no se considera retribución en especie hasta los límites legales establecidos.

EL SEGURO DE SALUD RESULTA UNA IMPORTANTE VÍA DE INCENTIVACIÓN Y FIDELIZACIÓN PARA LOS EMPLEADOS Y PUEDE FORMAR PARTE DE LA REMUNERACIÓN DEL TRABAJADOR



LA ELECCIÓN DE UN SEGURO DE SALUD

ADAPTACIÓN AL ENTORNO

Las nuevas generaciones, tanto los Millennials (1981-1996) como la Generación Z (1997 en adelante), son nativas digitales. Reclaman un sistema sanitario que funcione acorde a sus necesidades de conexión en un entorno digital, mayoritariamente visual y dotado con la filosofía que les caracteriza, que sea inmediato, personalizado y donde puedan satisfacer sus necesidades de aprendizaje.

Son consumidores exigentes que quieren dar su opinión sobre el trato que han recibido e, incluso, tienen la necesidad de compartir sus experiencias.

Está claro que el cambio de escenario es imparable y no hay vuelta atrás, por lo que exige poner todos los esfuerzos en adaptar el sistema sanitario al nuevo tipo de paciente, más informado y experto en el uso de nuevas tecnologías.

El más raro de los escenarios es que alguien llegue a consulta sin haber buscado antes los síntomas por internet o haberse informado en algún blog o foro. Ahora los pacientes tienen mayor acceso a la información y se sienten con más seguridad ante una consulta. Además, responden a una población mucho más activa en el ámbito del cuidado y los hábitos saludables. Tienen aplicaciones destinadas a contar sus pasos, calorías, horas de sueño..., y todo aquello que piensan que favorece su bienestar.

Por todo ello, a las características de los seguros de salud tradicionales, deben añadirse servicios digitales acordes a la demanda de las nuevas generaciones.

¿CUÁLES SON LOS NIVELES DE COBERTURA MÁS HABITUALES?

Dentro de los tipos de seguros de salud, las principales garantías ofertadas son:

- **Garantía extrahospitalaria:** comprende la consulta médica, cirugía menor en régimen ambulatorio, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos relacionados con:
 - **Asistencia primaria:** medicina general, pediatría y puericultura, enfermería y atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias.
 - **Asistencia especializada:** asistencia por parte del especialista en consulta o en régimen hospitalario, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de cada especialidad, así como en intervenciones quirúrgicas.
- **Garantía hospitalaria:** comprende la asistencia médica durante el periodo de hospitalización, incluyendo la utilización de quirófano, tratamientos y pruebas diagnósticas, así como cualquier otro gasto derivado de la hospitalización. También incluye la asistencia en urgencias hospitalarias.
- En la modalidad de **reembolso de gastos médicos**, las garantías suelen ser las mismas que las anteriormente descritas, pero tienen el valor añadido de poder acudir a profesionales privados no concertados con la compañía, teniendo el asegurado el derecho a recibir el reembolso de la factura abonada por la asistencia recibida, en el porcentaje que se recoja en las condiciones particulares de la póliza, y siempre que la asistencia recibida esté cubierta por las garantías de la póliza.

- Otras **garantías complementarias**: el asegurado puede contratar otras garantías como pueden ser la bucodental, asistencia en el extranjero o segundo diagnóstico internacional.

¿QUÉ INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE MI SEGURO DE SALUD DEBO RECIBIR DE LA ASEGURADORA?

Siguiendo las recomendaciones contenidas en la *Guía de buenas prácticas en la contratación de los seguros de salud*, publicada por UNESPA, y con el afán de suministrar una completa información, las aseguradoras deben proporcionar una nota estandarizada previa que ofrezca todos aquellos aspectos legales relacionados con el deber general de información al tomador, así como algunos otros aspectos adicionales que contribuyan a una mejor comprensión por parte del asegurado de las características principales de su póliza.

Esta información también permite realizar comparaciones de forma rápida entre los distintos seguros del mercado y sus modalidades.



¿QUÉ ES LA DECLARACIÓN DE SALUD?

Para contratar un seguro médico se solicita cumplimentar una **declaración de salud** en la que el asegurado debe responder a un breve cuestionario para conocer si tiene o ha tenido alguna dolencia o patología relevante antes del momento de realizar el seguro.

En función de los resultados de esta declaración, las aseguradoras suelen proceder a:

- Asegurar sin limitaciones, una vez valorada la documentación médica aportada.
- Establecer una limitación a la póliza, con una cláusula que consiste en no dar cobertura a las consecuencias de una dolencia anterior a la contratación de la póliza.
- Poner una “sobreprima”, que es un recargo a el precio del seguro, por padecer alguna dolencia determinada que normalmente supone una utilización mayor de lo habitual de los servicios médicos.
- No asegurar aquellos casos en los que las dolencias o patologías preexistentes a la contratación de la póliza sean muy graves.

ES MUY IMPORTANTE SER TOTALMENTE SINCERO EN EL CUESTIONARIO DE SALUD; OCULTAR UNA ENFERMEDAD EXISTENTE ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA PUEDE SUPONER LA MODIFICACIÓN O ANULACIÓN DE LA MISMA

¿QUÉ ES EL COPAGO?

En los seguros de salud, el copago es la cantidad que el asegurado debe abonar para acceder a alguna de las prestaciones sanitarias garantizadas a través de la póliza de asistencia sanitaria, en concepto de participación en el coste de los servicios.

Es independiente de la prima que se paga por la contratación de la póliza. Tiene por finalidad reducir el coste del seguro, ya que a la hora de hacer uso del mismo, el asegurado abona una pequeña parte del coste de la asistencia. Así, si el asegurado elige la modalidad de póliza médica con copago, la prima suele ser inferior a aquella que no aplica coste por utilizar los servicios.

Algunas compañías establecen un número de asistencias sin copago o con un copago mínimo, que suele aumentar si se supera una cierta cantidad de visitas anuales.

LA CONTRATACIÓN DE UNA PÓLIZA
CON COPAGO NO SUPONE UN DESCENSO
DE LA CALIDAD DE LAS COBERTURAS,
YA QUE ESTAS SON LAS MISMAS QUE
LAS CONTRATADAS CON EL SEGURO
SIN COPAGO; POR LO TANTO, SE PUEDE
ACCEDER A LOS MISMOS SERVICIOS
Y AL MISMO CUADRO MÉDICO

¿HAY SEGUROS DE SALUD CON FRANQUICIA?

En los seguros de salud el concepto de franquicia puede tener diferentes significados:

Relacionada con el coste de los servicios, la franquicia es la parte de dicho coste que el asegurado abona directamente al profesional sanitario. Así, por ejemplo, es habitual que en las coberturas dentales existan franquicias para los diferentes tratamientos recogidos en ellas (un empaste, una endodoncia o un implante dental tienen un coste fijo para el asegurado). Estas franquicias pueden variar en función de factores como la edad del paciente o la provincia en la que se reciba la asistencia.



La **franquicia** es una cantidad por la cual el asegurado es su propio asegurador. Permite a la compañía ofrecer mejores precios a sus clientes.

En los seguros de indemnización, la franquicia se refiere al periodo de tiempo durante el cual la compañía aseguradora no abonará la indemnización pactada en la póliza. Por ejemplo, la póliza puede recoger una franquicia temporal por la que el asegurado no recibirá indemnización por los tres primeros días de baja u hospitalización.

El objetivo principal de las franquicias en los seguros de salud es reducir el coste de los mismos para los asegurados. Al asumir el asegurado parte del coste de la asistencia, o no percibir indemnización durante un periodo determinado, la compañía de seguros asume un menor gasto y por tanto puede ofrecer mejores precios en sus seguros.

¿QUÉ ES EL PERIODO DE CARENCIA?

Es el tiempo que ha de transcurrir desde la contratación del seguro hasta el momento de poder acceder a la prestación pretendida.

EL PERIODO DE CARENCIA SE ELIMINA EN LOS CASOS DE ASISTENCIAS URGENTES, ENTENDIDAS COMO AQUELLAS DE CARÁCTER MÉDICO Y SANITARIO, QUE DE NO PRESTARSE DE FORMA INMINENTE, PODRÍAN PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE O SU INTEGRIDAD, O QUE PUEDAN PRODUCIR UN MENOSCABO PERMANENTE EN SU SALUD

En general, la póliza tiene vigencia desde el momento en que se realiza el pago y se recibe la documentación, y pueden utilizarse desde el primer momento muchos de los servicios recogidos en la misma. No obstante, pueden existir casos en los que se establezca un determinado periodo de carencia. Es, por ejemplo, el caso de determinadas pruebas diagnósticas, tratamientos y hospitalizaciones, trasplantes e intervenciones quirúrgicas importantes o rehabilitaciones.

Las aseguradoras establecen estos periodos para protegerse de aquellos clientes que solo se dan de alta para solventar alguna dolencia o alguna necesidad médica y que, una vez resuelta, se dan de baja.

Hay situaciones por las que pueden eliminarse los periodos de carencia:

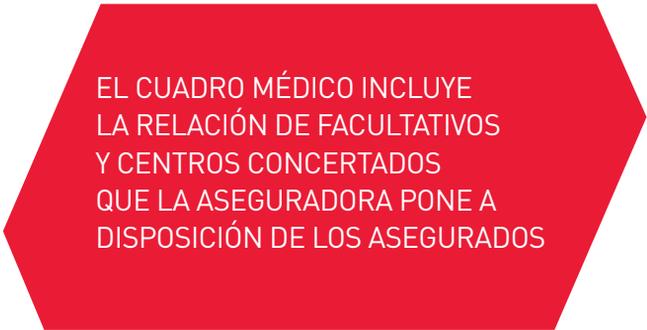
- Cuando un cliente cambia de modalidad de seguro dentro de la misma compañía. Si por ejemplo decide pasar de una póliza de asistencia sanitaria a otra de reembolso, no se aplicarán carencias para todas las asistencias a las que tenía derecho con su primera póliza. En cambio, sí se aplicarán para las nuevas garantías que contrate (reembolso de gastos médicos).
- Cuando un cliente cambia de una compañía de seguros a otra. La nueva compañía puede valorar la eliminación de las carencias que aplica en sus pólizas nuevas, siempre que el cliente acredite su aseguramiento anterior y que haya continuidad en el aseguramiento entre ambas compañías. Es decir, se da de baja en una e inmediatamente de alta en la otra, no habiendo ningún momento que no haya estado asegurado.

¿QUÉ ES EL CUADRO MÉDICO?

Es la relación de facultativos y centros concertados que la compañía de seguros pone a disposición del asegurado para la prestación de los servicios. Dentro de esa relación, el asegurado puede elegir especialista, centro médico, clínica u hospital sin restricción alguna.

La utilización de los centros y especialistas contenidos en el cuadro médico dependerá del producto y garantías contratadas por el asegurado. Tiene alcance nacional, por lo cual es habitual que muchos de los facultativos de cada ciudad estén concertados por la compañía.

Adicionalmente, algunas aseguradoras tienen acuerdos establecidos con clínicas o centros médicos concertados a nivel internacional, a los que también pueden acudir los asegurados que así lo soliciten. También hay entidades que comercializan seguros médicos y que cuentan con clínicas o centros propios de titularidad íntegra de la propia entidad.



EL CUADRO MÉDICO INCLUYE
LA RELACIÓN DE FACULTATIVOS
Y CENTROS CONCERTADOS
QUE LA ASEGURADORA PONE A
DISPOSICIÓN DE LOS ASEGURADOS

¿MI SEGURO DE SALUD CUBRE EL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS?

La garantía de asistencia hospitalaria incluye los medicamentos necesarios para el tratamiento del asegurado durante su hospitalización.

En el caso de asistencia extrahospitalaria, la cobertura de los medicamentos puede variar en función de la póliza que se contrate. En términos generales, las recetas de los médicos de la sanidad privada permiten comprar el medicamento en la farmacia, pero a su precio de mercado, sin subvención; sin embargo, hay seguros que incluyen una **cobertura de farmacia** por la que se reembolsa al asegurado una parte de lo que cuesta el medicamento necesario para el tratamiento.

A photograph showing a person's hand holding a tablet computer in a pharmacy. The background is filled with shelves of various medications and bottles. The image is overlaid with a red hexagonal shape containing text.

Hay que tener en cuenta que cada aseguradora puede limitar en la cobertura de farmacia los medicamentos incluidos, el porcentaje de reembolso y el límite de gasto anual

¿LA EDAD AFECTA A LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD?

La edad es uno de los factores que más incide en el precio de los seguros de salud. A medida que el asegurado cumple años tiene más posibilidades de necesitar asistencia médica, y por lo tanto el precio del seguro es más elevado.

Como norma general, los productos que hay en el mercado español no pueden contratarse tras cumplir los 65 años, aunque si se tiene contratado un seguro antes de llegar a esa edad, normalmente se puede seguir con esa póliza.



El aumento de la esperanza de vida ha hecho que el mercado de seguros se adapte para cubrir las necesidades de la sociedad. Cada vez hay más pólizas de salud específicamente diseñadas para mayores de 65 años

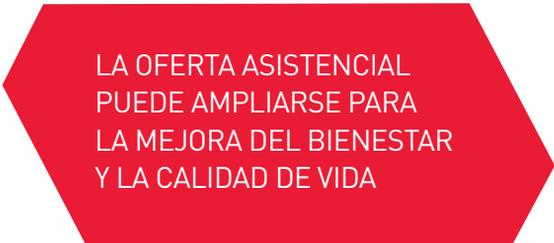
Las compañías de seguros están empezando a comercializar productos específicos para mayores de 65 años. Son productos en los que se presta especial atención a las especialidades y asistencias médicas más habituales en ese colectivo.

¿QUÉ OTROS SERVICIOS PUEDE PRESTARME MI SEGURO DE SALUD?

La oferta asistencial ofrecida a los asegurados puede ampliarse en ámbitos que, además de estar relacionados con la salud, pueden mejorar su bienestar y calidad de vida, como son, por ejemplo, los tratamientos contra la obesidad, la medicina estética, la cirugía oftalmológica o la medicina natural.

Son servicios y tratamientos novedosos, abonados directamente por el usuario, en los que la aseguradora de salud interviene con la finalidad de, mediante la selección de los mejores profesionales en cada sector, conseguir precios especiales para los asegurados, bien a través de un porcentaje de descuento sobre la tarifa habitual del profesional, bien a través de una cantidad pactada.

No se trata de garantías o coberturas aseguradas de las pólizas, sino de servicios complementarios a ellas.



LA OFERTA ASISTENCIAL
PUEDE AMPLIARSE PARA
LA MEJORA DEL BIENESTAR
Y LA CALIDAD DE VIDA

HERRAMIENTAS DE LA SALUD DIGITAL

Como complemento a las coberturas y servicios ofrecidos por los seguros de salud, la adaptación al nuevo entorno hace que deban tenerse en cuenta las herramientas más potentes que la salud digital ofrece, como:

- **Aplicaciones móviles.** Existen muchas aplicaciones relacionadas con la salud, que suponen más del 50 % del total de aplicaciones disponibles actualmente. Aplicaciones para registrar la actividad física, las calorías ingeridas, los hábitos, la calidad del aire, la temperatura corporal, el ciclo menstrual, de acompañamiento en la recuperación de un cáncer, de seguimiento del crecimiento y desarrollo de los bebés, telemedicina... Las posibilidades son enormes y cada día aparecen nuevas soluciones para intentar cubrir cualquier necesidad que podamos imaginar.



- **Inteligencia artificial** (bots, algoritmos de reconocimiento facial/voz). Son fundamentalmente recursos y tareas que en otro momento requerirían de la intervención humana, pero que hoy en día se han conseguido emular por sistemas informáticos inteligentes, capaces de adaptarse a distintas realidades, que pueden liberar a personal para que ocupe otras tareas más relevantes.
- **Interconexión de servicios y dispositivos (*wearables*)**. Muchas personas utilizan dispositivos que miden diferentes variables, como puede ser el nivel de azúcar, la tensión arterial, las horas de sueño, geolocalización... Con todos estos datos se contribuye al gran repositorio que supone el Big Data y es posible que ese engranaje se ponga a funcionar. Se estima que actualmente más de la mitad de los wearables están relacionados con la salud. Además, se ha comprobado que cuando se usa un *wearable* padeciendo una patología crónica, se pueden controlar mejor los hábitos, predecir ciertas dolencias y evitar consultas e ingresos hospitalarios.
- **Biosensores**. Gracias a herramientas como tensiómetros, termómetros, básculas y otros dispositivos, dedicados a medir parámetros de nuestro cuerpo que están conectados con aplicaciones, podemos generar patrones, detectar problemas, seguir la evolución y reducir así las consultas en el centro médico y los ingresos hospitalarios. Esta solución es muy útil para el día a día de las consultas.
- **Blockchain** para la conservación de la historia clínica. Es la revolución más poderosa en cuanto al tratamiento de datos de forma codificada, segura y confidencial. Así, el paciente será el único poseedor de sus datos y tendrá plena libertad y control sobre ellos.

También se puede aplicar esta tecnología a otros aspectos relacionados con la sanidad como el consumo de medicamentos falsificados. Son aquellos que pasan por un medicamento real y autorizado, pero que contienen ingredientes de mala calidad o falsificados, no contienen ningún ingrediente en absoluto, o lo hacen, pero con la dosis incorrecta; y que no se han sometido a las evaluaciones normales de calidad, seguridad y eficacia de las autoridades reguladoras. El *blockchain* es un sistema en el que cualquier cambio queda registrado y se podrá tener información de en qué punto del engranaje se ha producido la alteración del medicamento.

En resumen, los sistemas construidos sobre tecnología *blockchain* son sistemas que apuntan hacia un ecosistema sanitario seguro y transparente para pacientes y profesionales.

- **Telemedicina** (videoconsulta, chats médicos, llamada de un médico, recetas *online*...). El ritmo de vida de los últimos tiempos hace que en muchas ocasiones pedir cita con un profesional suponga un problema importante en nuestras agendas. Por eso, uno de los principales reclamos de la salud digital desde la perspectiva del paciente es poder obtener una consulta sin tener que perder tiempo en desplazarse al centro médico. Un gran porcentaje de las consultas que se producen son viables sin una exploración física y pueden hacerse a través de explicaciones a distancia o documentos como fotos o vídeos. De este modo, además, se consigue descongestionar las salas de espera y el tiempo invertido de forma accesoria tanto por el profesional como por el paciente.
- **Realidad aumentada.** La realidad aumentada nos da la posibilidad de crear entornos no físicos con la experiencia de que sí lo son, añadiendo elementos artificiales a entornos reales.

Son herramientas que habitualmente nos permiten tener las manos libres e interactuar con la voz. Es un gran recurso, por ejemplo, para el tratamiento de trastornos mentales como las fobias, crear hologramas para clases de anatomía o generar recreaciones de evolución de ciertas patologías como, por ejemplo, tumores.

Además, pueden darse otros usos en los que se puede añadir un componente de gamificación que los hace atractivos para su uso y fomentan la recurrencia, por ejemplo, para aplicaciones de salud o formación sobre salud en las escuelas.

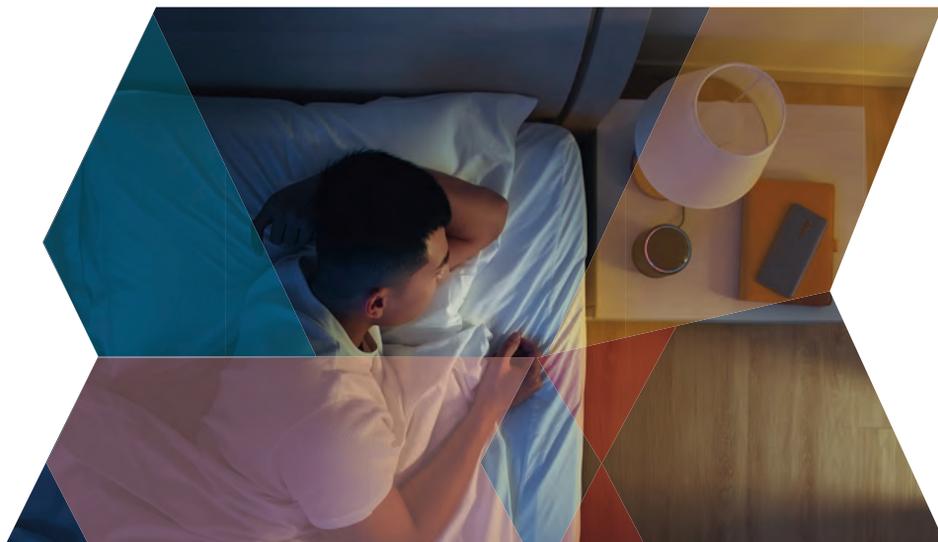
- **Email, aplicaciones de mensajería instantánea y chat.** La comunicación diferida en el tiempo facilita la atención médica a todos los que pueden no estar cómodos con una visita cara a cara o una llamada, especialmente cuando se trata de cuestiones delicadas como por ejemplo las enfermedades de transmisión sexual (ETS).



La tecnología puede ayudarnos a crear un sistema sanitario más eficiente y responsable

Además, ofrecen la posibilidad de compartir informes médicos, con fotos, vídeos y todos los documentos relevantes para una consulta, de manera independiente al centro médico.

- **Asistentes virtuales.** Hasta ahora, los asistentes virtuales domésticos se mantenían bastante al margen de la salud digital a no ser por su recopilación de datos, pero en julio de 2019 se produjo un hito importante en este campo, ya que en Reino Unido se dio carta blanca para que Alexa (asistente virtual de Amazon) ofrezca consejos sanitarios a sus usuarios y pueda responder sus dudas médicas. Hasta entonces, las consultas se contestaban con información sacada de internet, pero a partir de ese momento las respuestas son previamente seleccionadas y validadas por el National Health System (NHS) para que puedan ser proporcionadas por Alexa.



- **Redes sociales.** Gracias a ellas, tanto profesionales como pacientes pueden estar siempre en contacto. Se produce muchísimo intercambio de información y son fundamentales para la analítica de datos, que permite la prevención o el tratamiento de epidemias.

También se podría llegar a crear perfiles mucho más ajustados a la realidad del paciente de los trastornos mentales más conocidos, debido a sus publicaciones y a cómo actúan en las redes.

Aunque la puesta en práctica de la salud digital de forma masiva genera mucho debate, sobre todo relacionado con cuestiones de privacidad al estar continuamente recabando datos, también es cierto que aporta enormes beneficios a todas las partes.

Por eso, es prioridad absoluta tratar toda esa información de forma respetuosa, anónima y generando un clima de confianza, para que la relación que se establezca en el sistema sea duradera y de calidad.

El potencial de la salud digital es incalculable y su valor como motor de cambio en la sanidad y los cuidados asistenciales es evidente. No se trata de utilizar la tecnología por defecto y sin razón, sino aprovecharnos de ella para crear un sistema sanitario más eficiente y responsable.

DIEZ RAZONES PARA ELEGIR UN SEGURO DE SALUD

1 AGILIDAD

La agilidad de atención de la sanidad privada es uno de los principales aspectos de interés para el asegurado, ya que supone un claro beneficio en caso de necesidad. El proceso de obtención de cita para consulta, la realización de pruebas diagnósticas y la información de los resultados de forma rápida y con horarios flexibles, evitan a los pacientes soportar largos tiempos de espera que, en muchos casos, podrían incluso perjudicar su salud.

2 LIBERTAD DE ELECCIÓN

Los asegurados pueden elegir al profesional o el centro sanitario que deseen. Si disponen de un seguro médico de reembolso, pueden acudir a cualquier facultativo u hospital dentro o fuera del territorio nacional, con el reintegro de un porcentaje de los gastos ocasionados; o si el seguro es de asistencia sanitaria, podrán elegir entre una gran variedad de profesionales y centros de salud u hospitales concertados con la compañía.

3 ACCESO DIRECTO AL ESPECIALISTA

No es necesario acudir previamente al médico de familia para acceder al especialista, con el correspondiente ahorro de tiempo y la comodidad que supone para el asegurado.

4 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En algunos tipos de seguro privado, es posible realizar interconsultas (remitir a un paciente a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento, como su rehabilitación) entre los mejores o más prestigiosos especialistas internacionales, para obtener una segunda opinión médica sobre la dolencia de que se trate.

5 PRIVACIDAD

En caso de hospitalización, el seguro privado permite la posibilidad de disponer de una habitación individual para el asegurado y su acompañante.



6 ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO

Los seguros privados facilitan la asistencia médica en caso de enfermedad o accidente producidos fuera del territorio español durante desplazamientos temporales. En este caso, se aplica la cobertura de asistencia médica en viaje, así como la repatriación del asegurado hasta su lugar de residencia habitual, si fuera necesario.

7 ACCESO A PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA

Normalmente, en el seguro de salud privado se incluyen programas de medicina preventiva y rehabilitadora que incluyen los medios más avanzados para la prevención y detección precoz de enfermedades, planificación familiar, preparación al parto, programa del niño sano, detección precoz y tratamiento de la sordera para niños, de enfermedades de la mama, ginecológicas, coronarias, próstata, diabetes, glaucoma, rehabilitación cardíaca, entre otras.

8 PRESTACIONES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Además del servicio de asistencia médica, los seguros de salud ofrecen muchos servicios complementarios: asistencia telefónica para determinadas especialidades (pediátrica, psicológica...) o telemedicina (videoconsultas, chat médico...) son algunas de las más destacables.

9 BENEFICIOS PARA LA EMPRESA Y SUS EMPLEADOS

Los seguros de salud colectivos sirven a la empresa para fidelizar o captar nuevos empleados; a veces forman parte de la remuneración. Además, pueden suponer un interesante ahorro fiscal.

10 SALUD DIGITAL

Las nuevas tecnologías han llegado a la medicina para quedarse y ofrecen avances que suponen un beneficio añadido para el asegurado. El concepto de salud ha evolucionado y ya incluye el cuidado personal en el sentido más amplio. La previsión y la prevención de enfermedades adquieren un papel relevante frente al tratamiento de las mismas.



CENTRO DE DOCUMENTACIÓN

Todas nuestras publicaciones a tu alcance

Además del acceso gratuito a nuestro fondo documental especializado en:

- Seguros
- Gerencia de riesgos
- Prevención



FM Fundación **MAPFRE**

Centro de Documentación

www.fundacionmapfre.org/documentacion

Más información en:



www.segurosypensionesparatodos.org

© Fundación MAPFRE, 2020

Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid (España)
www.fundacionmapfre.org

© De las fotografías: istockphoto, 2020

Depósito legal: M-5094-2020

Ejemplar gratuito. Prohibida su venta.

Se permite la reproducción parcial de sus contenidos siempre que se cite su fuente.

Toda la información incluida en esta guía se ha elaborado como ejemplo orientativo, con la información disponible a día de hoy, y en ningún caso debe considerarse vinculante.

Fundación **MAPFRE**

Síguenos en:



www.fundacionmapfre.org