

El seguro de salud está de moda

Ser el beneficio social más valorado de los que ofrecen las empresas a sus trabajadores, junto con el recorte en las prestaciones del sistema público de salud y las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialidad y pruebas diagnósticas han hecho, entre otros factores, que durante la crisis económica las personas que ya tenían contratados seguros de salud prefiriesen reducir gastos principalmente de ocio, viajes, etc., dejando el seguro de salud entre las últimas opciones de gastos a sacrificar.

Tampoco se puede olvidar el importante papel que han tenido las compañías aseguradoras en el mantenimiento de su cartera de clientes y en la captación de nuevos asegurados, aún a expensas de reducciones en las primas de los seguros colectivos y ofertas aseguradoras deslumbrantes e insólitas en este sector que tradicionalmente ha sido muy conservador en sus planteamientos.

Todo ello ha conducido a este tipo de seguros a ser el único sector asegurador que ha mantenido su crecimiento durante la crisis y en esa evidencia se apoyan los distintos actores del sistema para seguir desarrollando y potenciando el negocio asegurador de salud.

Echemos un vistazo general a las características y tipos de seguro de salud:

Por definición, el seguro de salud cubre el riesgo de enfermedad del asegurado, proporcionándole servicios médicos, quirúrgicos e internamientos en clínicas y centros asistenciales, dentro de las especialidades y con los límites que figuran en la correspondiente póliza.

Este tipo de seguros tienen unas características generales que los diferencian del resto de ramos:

- Seguro por años naturales: el seguro de salud es anual renovable, con excepción del primer período que transcurre desde la fecha de efecto hasta 31 de diciembre del mismo año, con acoplamiento posterior a los años naturales para sucesivas renovaciones.
- Infraestructuras: las Compañías tienen que desarrollar unos servicios de atención al asegurado especiales para poder atender la demanda de información, autorización de siniestros y control de los mismos.

JOSÉ GUIASOLA MAURIZ

Médico consultor senior de seguros de salud

- Del mismo modo tienen que crear redes asistenciales de médicos, clínicas y hospitales, unas veces con medios propios y otras, las más, con medios concertados a los que están unidos por compromisos asistenciales sustentados por contratos mercantiles y con pagos baremados por acto médico.
- Siniestralidad: los siniestros pueden ocurrir desde el día en que se suscribe la póliza, siendo una práctica habitual el acudir de inmediato a la consulta de odontología, pediatría o ginecología para una revisión anual y, de esta forma, comprobar el funcionamiento del seguro contratado.
- Es un producto dinámico que se modifica anualmente por las incorporaciones de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, nuevos servicios, modificaciones del cuadro asistencial, etc.

MODALIDADES DE SEGUROS DE SALUD

En el mercado se pueden distinguir dos modalidades básicas de contratación atendiendo a la forma de prestar la asistencia sanitaria:

Asistencia sanitaria concertada

Por la que el asegurado tiene a su disposición un cuadro médico al que deberá acudir en caso de precisar de asistencia sanitaria. El pago de la asistencia lo realiza el asegurador directamente al prestador de los servicios. Se caracterizan por:

- Estar cubierto el importe íntegro de todos los gastos derivados de asistencia sanitaria cuyo prestador esté concertado por el asegurador.
- No tener límite de capital por dichos gastos. Si bien esta es la práctica habitual del mercado, algunas compañías establecen un límite de capital por asegurado y año.

En determinados casos, existe un copago o ticket moderador; consiste en el pago de una pequeña cantidad cada vez que se hace uso de determinados servicios asistenciales. Este pago se hace, generalmente, mediante cargo directo a la domiciliación bancaria del asegurado.

Su ámbito se restringe al territorio español y, más concretamente, a las ciudades donde el asegurador cuente con cuadros médicos concertados.

Reembolso de gastos

En esta modalidad el asegurado puede elegir libremente los profesionales, haciéndose cargo de las minutas y facturas correspondientes, que luego trasladará a la entidad aseguradora para que se lo reembolse. Estos productos se caracterizan por:

- Establecer una franquicia, generalmente del 90%, en gastos incurridos en España y 80% en el extranjero.
- Establecer límites de capital:
 - Global, generalmente por asegurado y año. Normalmente resulta de la suma de los límites máximos anuales garantizados por los conceptos de asistencia hospitalaria, extrahospitalaria y prótesis.
 - Por tipo de prestación (asistencia hospitalaria, asistencia extrahospitalaria y prótesis).
 - Por concepto (límite del importe de la estancia hospitalaria por día, honorarios médicos de consulta, por tipo de intervención quirúrgica, etc.)

Las compañías ofrecen que en el caso de acudir al cuadro médico concertado no deben adelantar dinero alguno ya que la aseguradora se hace cargo del 100% de todos los gastos que genere la asistencia y, en ese caso, no aplican límites de capital.

Otros tipos de seguro han ido apareciendo en el mercado:

Seguro de Expatriados

Desde que comenzó la crisis hay un numeroso grupo de empresas españolas con una parte de su negocio en el extranjero y que desplazan un buen número de trabajadores; el seguro de salud para expatriados está diseñado para estos trabajadores que se trasladan al extranjero por un tiempo prolongado, aunque actualmente existen modalidades para estancias cortas.

El seguro de salud cubre el riesgo de enfermedad del asegurado, proporcionándole servicios médicos, quirúrgicos e internamientos en clínicas y centros asistenciales, dentro de las especialidades y con los límites que figuran en la correspondiente póliza



En España, contrariamente a lo que ocurre en la mayoría de países, el producto más extendido de este tipo de seguros es el de Asistencia Sanitaria

La cobertura de éste tipo de seguros es completa, se trata de que tenga la misma amplitud que la asistencia que podrían recibir en España.

Este seguro se basa en el sistema de reembolso, el cual permite un porcentaje de reembolso de hasta un 100 % por gastos de servicios médicos en el extranjero si bien, últimamente, las compañías están concertando redes asistenciales internacionales que permiten que el asegurado no tenga que desembolsar cantidad alguna en el caso de ser atendido dentro de la red asistencial.

A la hora de adquirir un seguro concreto para expatriados es necesario tener en cuenta variables como el país de destino, la duración de la estancia, la edad y nacionalidad de los asegurados, etcétera.

Seguro de Hospitalización

Es un seguro de salud que ofrece cobertura, única y exclusivamente, en casos de hospitalización y, según el producto, dentro del cuadro médico de la aseguradora o mediante reembolso de gastos. Incluye:

- Hospitalización Quirúrgica.
- Hospitalización Médica.

Y en algunos productos es posible extender la garantía a:

- Hospitalización Psiquiátrica.
- Hospitalización Pediátrica.

Es un producto pensado como un complemento del sistema público de salud en el caso de que sea necesaria una hospitalización rápida que evite listas de espera o que prefieran la red privada de médicos y centros en caso de hospitalización.

Seguro de enfermedades graves

Es un tipo de seguro con dos modalidades:

La percepción de un capital en el caso de que el asegurado sea diagnosticado de determinadas enfermedades definidas en las condiciones de la póliza.

La asistencia sanitaria, con o sin límites de capital, cuando el asegurado es diagnosticado de determinadas enfermedades definidas en las condiciones de la póliza.

Hay diferencias entre las pólizas comercializadas por las distintas aseguradoras en lo que se refiere a las enfermedades incluidas en el listado de enfermedades graves, por lo general se refieren a cáncer, infarto de miocardio, accidente cerebro-vascular, etc.

En España, contrariamente a lo que ocurre en la mayoría de países, el producto más extendido de este tipo de seguros es el de Asistencia Sanitaria en el que la compañía aseguradora pone a disposición de los asegurados una red asistencial en la que no se debe hacer desembolso alguno, salvo en los casos de copago, pero no se pueden utilizar con cargo a ella servicios ajenos a la aseguradora.

Hemos visto cuales son los principales productos de seguros de salud, pero existen otros que provienen de antiguas aseguradoras como los que garantizan asistencia en cuadro médico concertado en asistencia primaria y determinadas especialidades con pruebas diagnósticas básicas pero no incluyen coberturas hospitalarias.

En los últimos años otras aseguradoras comercializan productos modulares que, tomando como base alguno de los anteriormente expuestos, complementan con coberturas adicionales, de manera que un asegurado puede hacerse un seguro a medida de sus necesidades o a medida de su bolsillo.

En el apartado de primas decir que son libres, que se abonan mensualmente, que las pólizas individuales generalmente varían por tramos de edad y que las colectivas suelen tener una prima única nivelada, su precio es más reducido y las actualizaciones anuales de la prima se negocian individualmente pero los distintos escenarios que se pueden presentar son suficientes para otro capítulo.

Todo parece indicar que la industria aseguradora tiene como objetivo futuro el hacerse con una parte muy importante del negocio global de la salud, es decir, además de vender seguros, poner a disposición de sus clientes distintos servicios que no incluyen las pólizas actuales y que se adquirirán a precios preferentes, y dentro de estos servicios se incluyen todos aquellos que giran en la órbita de lo que ahora se denomina *Wellness*, que, según la definición de Wikipedia, es un término que se usa generalmente para definir un equilibrio saludable entre los niveles mental, físico y emocional, obteniendo como resultado un estado de bienestar general.