

Análisis de la relación triangular entre Entidades sanitarias privadas, aseguradoras y pacientes

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CONTEXTO ACTUAL SECTOR HOSPITALARIO PRIVADO- BREVE DESCRIPCIÓN
3. CONTEXTO ACTUAL SECTOR ASEGURADOR PRIVADO - BREVE DESCRIPCIÓN
4. VINCULACIÓN
5. ESTRUCTURA DE LAS PÓLIZAS MÁS REPRESENTATIVAS.
6. 6. COMPARATIVA ENTRE PÓLIZAS.
7. RELACIÓN ENTRE ASEGURADORAS y ENTIDAD SANITARIA PRIVADA
 - Tensión en los precios de servicio
 - Implicación en el paciente
8. CONCLUSIONES
9. PROPUESTAS

1. INTRODUCCIÓN

Desde **Fundación Global Salud**, se nos ha solicitado el análisis de la cada vez más importante **cobertura sanitaria** de los ciudadanos por parte de las **aseguradoras privadas sanitarias**.

Los **movimientos de compra y fusión de los últimos años** por parte de los grupos hospitalarios privados españoles, nos hacen entender que el crecimiento continuado **de cobertura de una parte importante de la población por parte de los servicios sanitarios privados en España irá en aumento y no dejará la senda del crecimiento**.

Este hecho hace muy relevante el **estudio** que desde **Solutia Global Health Solutions** vamos a desarrollar respecto a **las relaciones triangulares entre aseguradora, paciente y hospitales privados**. Vamos a investigar **cómo se estructuran las pólizas de seguro médico en sus coberturas** hacia el paciente, **cómo se contratan los servicios incluidos en estas pólizas con los Hospitales y Clínicas** y a qué precios y, por último, si en alguna de estas relaciones **puede verse afectada o reducida la calidad asistencial del paciente**.

Con la visión anterior y sin olvidar la realidad del sector sanitario privado, en la que continúa existiendo una gran atomización de Hospitales y Clínicas en todo el territorio nacional, que no están dentro de estos grandes grupos hospitalarios, nos encontramos con realidades y visiones diferentes a analizar.

2. CONTEXTO ACTUAL SECTOR HOSPITALARIO PRIVADO- BREVE DESCRIPCIÓN

- **Representación-Dependencia**

Las entidades sanitarias privadas, en su mayoría forman parte de **ASPE, Alianza de la Sanidad Privada Española**, con regulación por parte de las **Consejerías de la CCAA y el Ministerio de Sanidad**.

Son entidades sanitarias

- **Aportación al Sistema Nacional de Salud-Aliado Estratégico**

A día de hoy la aportación de los hospitales privados al sistema sanitario global es **esencial y estratégica** para ofrecer una **cobertura local y de calidad, de forma racional y sostenible**. La realidad es que gracias a **los conciertos o modelos concesionales se está permitiendo ofrecer la cobertura universal a todos los ciudadanos, aunque su residencia no sea en una gran ciudad**.

Actualmente, según datos del *Catálogo Nacional de Hospitales 2016* el sector hospitalario privado ofrece a los ciudadanos asistencia sanitaria en **452 hospitales, que representan el 57,14% del total de los centros hospitalarios** de nuestro país, con una **dotación de 51.591 camas, que suponen el 32,62% del total** de camas existentes en España.

Según datos recogidos en el **Informe IDIS 2016**, en España existen además unos 3.000 centros médicos, el 60% son centros ambulatorios, seguidos por clínicas de estética, clínicas oftalmológicas, de diagnóstico por la imagen, de reproducción asistida, laboratorios y centros de rehabilitación.

La colaboración entre el sector público y privado a través de conciertos u otras fórmulas, se sitúa, en este sentido, como una parte **muy importante del Sistema Nacional de Salud**.

Según datos de la encuesta sobre Gestión de Centros Sanitarios 2016 realizada por ASPE, el 63% de las entidades sanitarias privadas, presenta algún tipo de concierto con las administraciones públicas. Sin embargo, podemos apreciar cómo el 48% de las entidades afirma que se ha producido una reducción del volumen de concertación respecto al año anterior. De las entidades que redujeron esta colaboración, más del 20% lo hicieron en más del 22%. **Actualmente, el 55% de los centros declara tener un**

porcentaje inferior al 25% de actividad concertada, dato que se ha incrementado respecto al año anterior. Solo una cuarta parte de los centros privados superan en más del 50% el volumen de concertación de su actividad.

Apreciamos por lo tanto un incremento del número de entidades que tienen concertos con la administración pública, pasando del 58% en 2015 al 63% en 2016. Sin embargo, en lo que a volúmenes de concertación se refiere, más del 40% de los encuestados afirman que se ha reducido. Lo mismo ocurre con las tarifas, donde el 35% de los centros indican que se han reducido- Ptt revisión por Cristina

La desaparición de esta infraestructura hospitalaria provincial, comarcal o local crearía un grave problema de accesibilidad, logística y de tiempos adecuados de un 30% de la población española.

Además de estas mejoras, otra de las grandes aportaciones de la sanidad privada al Sistema Nacional de Salud, es su capacidad para descongestionar el sistema público de salud, dado que muchos de los usuarios de la sanidad privada dejan de acudir a la pública para la mayoría de los tratamientos, suponiendo esto un ahorro muy importante para las arcas del Estado.

- **Dimensión de la cobertura por parte de la Sanidad Privada**

Según datos del *Estudio RESA 2016*, “La sanidad privada atiende aproximadamente a **9,3 millones de personas**, una quinta parte de la población española, compuesta por **7,4 millones que mantienen de forma voluntaria un doble aseguramiento** y por cerca de **2 millones de funcionarios** de la administración del Estado, que eligen año tras año la sanidad privada a través del modelo de **mutualismo administrativo**.”

La **previsión**, es que esta cobertura vaya en aumento sostenido durante los próximos años gracias a la reactivación económica actual, que permitirá dirigir **renta disponible de las familias a esta cobertura y debido a la ampliación de la cobertura colectiva en las empresas, cada vez es mayor el número de ellas que ofrecen esta opción dentro de los beneficios sociales dirigidos a los trabajadores.**

- **De la atomización a la concentración – Grandes grupos hospitalarios**

El sector hospitalario privado ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas, pasando de la atomización, donde encontrábamos hospitales y clínicas independientes principalmente, a una cada vez mayor concentración en grandes grupos privados. Así, podemos identificar una segmentación del mismo en función de lo anteriormente expuesto:

- Grupos hospitalarios
- Hospitales de las aseguradoras
- Hospitales y clínicas independientes

Según el *informe IDIS 2016*, los **grupos hospitalarios** cuentan con el **38% de los hospitales y el 51% de las camas privadas** ubicadas en nuestro país. Las **compañías aseguradoras**, por su parte, disponen del **5% de los hospitales y camas privadas**, mientras que los hospitales y clínicas independientes representan el **57% de los hospitales y el 44% de las camas privadas**.

El ranking hospitalario sería:

Quirón Salud	12%
San Juan Dios	3%
Vithas + Nisa	5%
HM Hospitales	3%
Viamed	2%
Hospiten	2%
Asisa – Grupo HLA	4%
Sanitas	1%
IMQ	1%
Hospitales Independientes	68%

- **Calidad y Avances tecnológicos- Eficiencia en la gestión**

Para entender la actual orientación de los **hospitales privados**, hay que dirigirse a sus orígenes a finales del **siglo XIX principio del XX**. La gran mayoría **surge con un alto grado de compromiso social hacia los ciudadanos** que en aquellos momentos no tenían cobertura universal como la actual, **de hecho, hasta el año 1986 no pasa a universalizarse la sanidad pública en nuestro país**.

Recordarán que hasta ese momento la Sanidad Pública sólo cubría a los trabajadores de alta en la Seguridad Social, el papel de los hospitales privados, si cabe, aún era más relevante por las necesidades de muchos ciudadanos.

Ante ello, el sector sanitario privado siempre se ha caracterizado por una clara orientación hacia **la eficiencia y la calidad de sus procesos que permitiera alcanzar la optimización de sus recursos**.

Por lo anterior muchos centros ya han conseguido o están trabajando en la obtención de diferentes certificaciones de calidad (ISO,EFQM...)La cual va acompañada de una **apuesta por la inversión en equipamiento** médico avanzado y **tecnología de alta complejidad, como punto estratégico para estas organizaciones.**

Por último, apuntar que el **gasto sanitario privado representa el 28,29%** si bien su ratio de consumo de **gasto medio por paciente es casi 2,3 veces menor que el público. Se estima que en 2014 la sanidad privada ahorró al SNS un mínimo de 4.079M de euros. (Informe IDIS 2015)**

- **Aportación en la empleabilidad**

Un aspecto muy relevante y para nada baladí del sector sanitario privado, es su gran aportación de generación de puestos de trabajo a nivel local, empleando **a 244.335 profesionales en todas las actividades del sector (Informe IDIS 2016).**En este sentido, no solo hablamos de los grandes grupos hospitalarios privados en las grandes ciudades, sino que hablamos, además, de una red de **centros y hospitales privados independientes** que permiten una mayor capilaridad de asistencia sanitaria y realizan una labor de empleadores locales.

Cabe, asimismo, poner de relieve que **esta empleabilidad complementaria que permite la Sanidad Privada actúa como polo de retención de profesionales sanitarios** evitando, en muchos casos, su marcha a otros países por temas de reconocimiento económico profesional.

3. CONTEXTO ACTUAL SECTOR ASEGURADOR PRIVADO- BREVE DESCRIPCIÓN

- **Representación-Dependencia**

Las entidades aseguradoras de salud forman parte en su mayoría de UNESPA, Asociación Empresarial del Seguro, con regulación por parte de la **Dirección General de Seguros y Fondos Financieros-Ministerio de Economía**.

- **Concentración del mercado asegurador privado – Incremento de nº asegurados y Bº**

A día de hoy, el sector del seguro sanitario presenta un alto grado de concentración, después de varios años de compras y fusiones entre diferentes entidades.

Actualmente las **5 principales compañías tienen un 71% del mercado** en volumen de primas, que se incrementa **hasta el 82% se si analizan las 10 principales compañías** aseguradoras. (UNESPA)

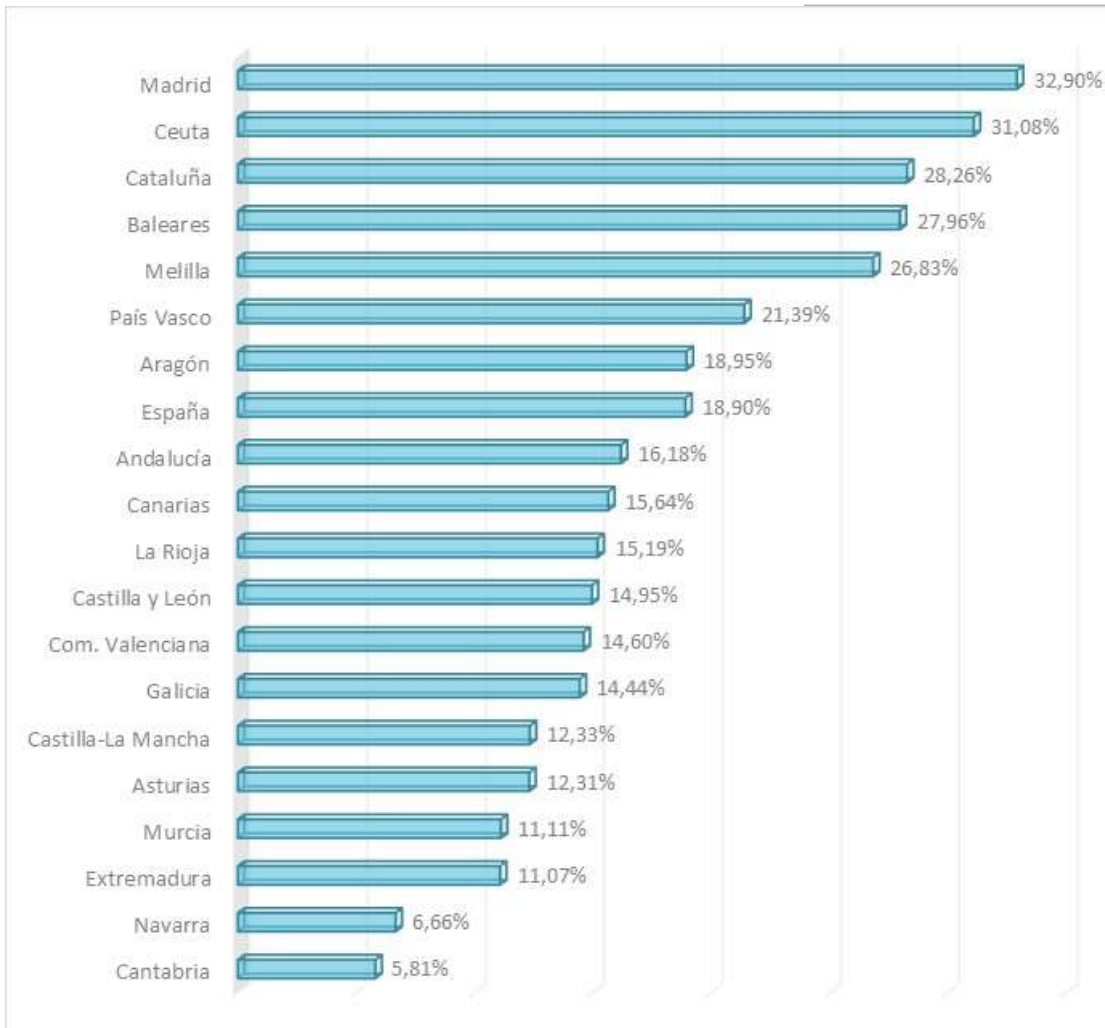
Las aseguradoras más grandes por volumen de asegurados de salud en España son, (*datos de ICEA*) a 30 de junio de 2016:

▪ Adeslas	27,8%
▪ Sanitas	15,7%
▪ Asisa	13,9%
▪ DKV	7,0%
▪ Mapfre	6,1%

El resto de Compañías se mueven en cuotas sensiblemente menores que no superan el 2,5% de los asegurados.

- **Perfil del usuario de los seguros sanitarios:**

En primer lugar, resulta interesante el dato sobre el porcentaje de población que dispone de seguro de prestaciones sanitarias según la Comunidad Autónoma. Como veremos a continuación, las Comunidades de Madrid, Cataluña y Baleares, junto con las autonomías de Ceuta y Melilla, presentan el mayor número de asegurados.



Fuente: Memoria Social del Seguro 2015. UNESPA

En segundo lugar, es interesante analizar también, la penetración del seguro según el tipo de familia. En este sentido, las familias con 3 hijos o más se sitúan por encima de la media de contratación de un seguro de salud (estimada en un 26%) con un 37,19%, seguidas muy de cerca por familias con dos y un hijo con un 33,46% y un 32,31% respectivamente.

En tercer lugar y debido a su impacto, otro dato a destacar es el colectivo de los **funcionarios públicos**, que como ya hemos comentado **contratan su seguro a través de las Mutualidades. Estos** pueden elegir, para su asistencia sanitaria, sanidad pública o seguro privado, **8 de cada 10 escogen el seguro privado.**

En estos datos se combinan las siguientes variables:

La renta disponible de las familias o cobertura empresarial del seguro en las Comunidades Autónomas, su población, la implantación de hospitales privados vs públicos, o lo que es lo mismo, una mayor congestión de los hospitales públicos en los

servicios sanitarios prioritarios de las familias (Urgencias, Ginecología, Pediatría, Obstetricia) en lo que es facilidad de acceso, rapidez y calidad asistencial.

- **Aportación en la empleabilidad**

La plantilla total del seguro en España era en 2014 de **48.978** trabajadores, según la propia UNESPA.

Aunque hay que entender que estos datos están vinculados a la actividad aseguradora global. Siendo **la Rama Vida**, sobre el 45% del total de pólizas y **la rama No Vida** el 55%, dentro de la misma está Automóvil, Vivienda, RC y Asistencia Médica, la cual representa **el 11,5%**.

4. VINCULACIÓN

La relación del sector hospitalario con el asegurador no es algo nuevo, de hecho, muchas aseguradoras nacieron como igualatorias a principios del siglo XX, entidades que se constituyen como cooperativas de médicos con doble objetivo: el aseguramiento médico social y la estabilidad laboral-profesional para los médicos.

- **Valoración de los seguros sanitarios.**

Encontramos diferentes rankings por parte de los profesionales sanitarios y por parte de los usuarios sobre la valoración de los seguros de salud:

MERCO (Monitor Empresarial de Reputación Corporativa) elabora un Monitor de **Reputación Sanitaria** elaborado por Análisis e Investigación, a partir de entrevistas a más de **2.000 médicos, enfermeros, asociaciones de pacientes y periodistas**.

En 2016, el ranking de valoración fue el siguiente:

1. **Sanitas**
2. **Segurcaixa-Adeslas**
3. **Mapfre**
4. **Asisa**
5. **DKV**

Nota: Las aseguradoras locales no llegan a la representatividad global, para aparecer en el ranking. Si se realizarán estudios por CCAA exclusivamente aparecerían aseguradoras como IMQ en País Vasco o Asistencia Sanitaria y Catalana Occidente en Cataluña.

STIGA elabora el **ranking ISCX**, un estudio con **920 consumidores** en España que mide los niveles de calidad (imagen, precio y servicio) de las distintas aseguradoras, así como su impacto en fidelidad y recomendación a amigos y familiares.

No sorprenderá decir que la **mejor valoración de la compañía de seguros está directamente ligada a calidad y eficiencia que tiene el asegurado en el Hospital donde se le atiende**. Así las variables como:

- Cuadro Médico
- Red/Centro concertado
- Atención a Médica
- Atención al cliente

Son como prioritarias y de alto valor en la satisfacción de la póliza de seguros.

En 2016, el ranking de valoración –elaborado por STIGA- fue el siguiente:

1. **Segur Caixa-Adeslas**
2. **Sanitas**
3. **DKV**
4. **Mapfre**
5. **Asisa**

6. *Nota: Las aseguradoras locales no llegan a la representatividad global, para aparecer en el ranking. Si se realizarán estudios por CCAA exclusivamente aparecerían aseguradoras como IMQ en País Vasco o Catalana Occidente y Asistencia Sanitaria en Cataluña.*

Aquellas variables mejor consideradas por los usuarios respecto a la aseguradora, serían:

- Rapidez y eficacia en las gestiones
- Rapidez en concertar citas
- Atención al cliente
- Cobertura de productos

Esta vinculación tiene un claro reflejo en la generación de pertenencia al colectivo asegurado, según **STIGA**, en esta rama de seguros **es en la que se refleja con mayor claridad. (Variable ISCX)**

Así la variable **ISCX** del Informe **STIGA 2016 es del 23%, (casi uno de cada cuatro), lo que** refleja que los clientes de estos seguros aglutinan estas 3 valoraciones:

- **Está Muy Satisfecho con el servicio.**
- **Recomendaría la compañía donde está.**
- **Seguirá con ella el próximo año.**

Este porcentaje superior de la variable ISCX respecto a otros tipos de seguros, se puede entender por la importancia y trascendencia de los servicios de salud en la balanza vital de las personas.

En línea a esta vinculación veamos si existe también una **relación directa entre el valor de la póliza y la satisfacción de la misma.**

Observando los resultados del informe **STIGA no podemos trasladar** que la **valoración en este ranking sea motivada por el precio, siendo esta una variable que se valora por debajo del 75%, o lo que es lo mismo “Correcto”, mientras que lo que contempla la valoración de la Variable Servicio, está por encima del 75% en todos los casos, lo cual significa que el cliente se considera “satisfecho”.**

De esta forma, las aseguradoras de ámbito nacional, tienen mayor puntuación por el servicio que por el precio de la misma, lo cual equivaldría a tener un cuadro médico amplio y una red de centros cerca del cliente y de referencia.

5. ESTRUCTURA DE LAS PÓLIZAS MÁS REPRESENTATIVAS.

Tipos de Pólizas

En nuestro país nos encontramos diferentes tipos de pólizas de seguros sanitarios privados que podemos elegir y su coste variará en función de la modalidad. A continuación, detallamos los diferentes tipos:

- **Cuadro médico de aseguradoras privadas.** Son aquellas en las cuales el usuario elige ser atendido por uno de los profesionales de una lista (Cuadro Médico). Esta modalidad puede subdividirse en:
 - **Sin copago.** El usuario puede acudir a los centros tantas veces como precise sin hacer un pago adicional
 - **Con copago.** El usuario hará un pago proporcional al acudir al centro sanitario o al realizarse las pruebas. Suele ser más económico que el anterior y las tarifas o porcentajes de copago suelen estar estipulados en la póliza.
- **Mutualismo administrativo.** Solamente aplicable a los funcionarios civiles del Estado. Esta modalidad le permite anualmente elegir libremente el tipo de provisión pública o privada por el que prefieren ser atendidos, opción que de forma sostenida en el tiempo se ha materializado en la elección por parte del 85% de los funcionarios de la provisión sanitaria privada.
- **Reembolso de gastos.** Permite al asegurado acudir al centro y especialista de su elección, sin estar condicionado a un cuadro médico específico. La compañía de seguros realiza después un reembolso que varía según el condicionado de la póliza, y ronda el 60% del total del pago realizado. Este tipo de pólizas suelen ser más caras que las anteriores.

Condicionados y carencias

Las **tipologías anteriores junto con el conocimiento sobre los condicionados** que pueden existir en nuestra póliza, son los **básicos** para poder tomar la **decisión** a la hora de escoger la misma.

Además, hay que valorar el tipo de seguro que vamos a necesitar en función de nuestra **edad, sexo, anteriores patologías...** es importante tener ciertos conocimientos sobre la estructura de la póliza de un seguro, prestando especial atención a los **condicionados como ya hemos comentado, también denominados condiciones**

generales o condiciones particulares, es aquí donde se recoge los derechos y obligaciones de la compañía y del cliente/tomador del seguro. En este apartado aparece información general sobre los servicios que se incluyen, además de los **periodos de carencia.**

Así, podemos tener condicionados en:

- El propio cuadro médico
- No incluir todos los tratamientos
- Número de sesiones
- Número de días máximo de hospitalización
- No incluir nuevos tratamientos

Lo cual implicaría tener que hacer un copago o abono de la totalidad del tratamiento.

Y también en las carencias que implica un periodo de permanencia mínimo anterior

- Pruebas diagnósticas- 6 meses
- Cirugía – 6 -10 meses
- Hospitalización- 3-6 meses

Ante un problema de salud, antes de ese periodo no tendrá cobertura real por parte de la aseguradora.

Estudio de las pólizas

Desde **Solutia Global Health Solutions** hemos realizado un trabajo de campo solicitando los condicionados generales de seis pólizas de seguros sanitarios diferentes para poder comparar las prestaciones. (Sept – Nov 2016):

Se han escogido las compañías con mayor presencia a nivel nacional.

Nuestra investigación de ha basado en:

- Intentar ver la claridad de las condiciones generales, que tipo de lenguaje se utiliza y si este es de fácil comprensión
- Apartado de conceptos básicos.
- Área de preguntas frecuentes.

Los resultados han sido los siguientes:

- Hemos encontrado un **lenguaje técnico y complejo**, difícil de comprender.
- **Ningún tipo de similitud u homogeneidad** entre las pólizas que permita comparar de una manera fácil, rápida o sencilla.
- En cuanto a las carencias o periodos de carencia, entendidos como los tiempos establecidos para utilizar ciertos servicios, sí podemos apreciar en ellos algunas similitudes entre las distintas pólizas, aunque más formales que conceptuales.

Con lo que podemos concluir que resulta **realmente complicado realizar una comparativa entre varios seguros** para decidir cuál contratar, **el orden de los conceptos, la denominación de los mismos, y el tecnicismo al entrar en detalle dificultan este tipo de análisis para tomar una decisión.**

6. COMPARATIVA ENTRE PÓLIZAS.

Debemos hacer una primera introducción para situar el actual contexto de mercado en competencia.

- **Las pólizas de seguros privados** han tenido una **tendencia al alza en los últimos 25 años**, incremento motivado por:
 - Incremento de renta disponible de las familias.
 - Incremento de la concienciación de salud y beneficio social en las empresas
- Las aseguradoras privadas de salud **han sufrido durante este periodo y de forma gradual, diferentes fusiones en estos 25 años últimos** que han provocado que se haya pasado de **una visión local o regional a una nacional** y donde se ha pasado a de **una atomización a una concentración de mercado**
- Este cambio de dimensión también ha provocado que la evolución de estas entidades haya pasado de un **foco de “economía social” a una economía financiera.**
- La pirámide poblacional se ha invertido y a día de hoy la población asegurada superior a los 45 años es superior a los de menos de 45años.
- **Hemos pasado de una póliza general y homogénea para todos los estamentos poblacionales a unas pólizas variables en función de la edad, sexo y servicios que se desean, con su correlación de precios y detalle específico del servicio y edad.**

A continuación, establecemos una comparación entre países, dado que consideramos interesante poder tener información sobre el precio de las pólizas en otros países de la Unión Europea, para compañías aseguradoras cuya matriz está en estos países y tienen presencia en nuestro territorio.

Establecemos una edad media de 45 años – Mujer - Soltera. Sin seguro sanitario previo. Trabajo: Administrativo

	Precio Sin COPAGO		Precio con COPAGO	
	Mujer Administrativa 45 años		Mujer Administrativa 45 años	
	España	País Matriz	España	País Matriz
Aseguradora Líder es España - comparada con la aseguradora en Portugal	Plena Plus - 53€	MEDIS. Entre 45 y 57 Euros-si incluimos estomatología. Todo tiene copago- Limite de edad, a los 65 se termina	Plena Plus - 28€	Hay una póliza con más cobertura sin límite de edad pero también tiene copago: entre 71 y 87€ si incluimos estomatología
Aseguradora con Matriz en Reino Unido y presencia en España	66,00 €	Diagnostico+Tratamiento+Covertura en Cáncer: 104,85 Libras	48,00 €	Diagnostico+Tratamiento+Covertura en Cáncer: 104,85 Libras
Aseguradora con matriz en Alemania y presencia en España	DKV Integral Complet-54€	482,34 €	DKV Integral Complet-28€	482,34 €
Aseguradora en España comparada con aseguradora en Italia	Mapfre Salud Plus - 75€	No es comparable, las aseguradoras locales italianas son complementarias, dado que están cubiertos por el sistema nacional de Salud,	Mapfre Salud Plus - 66€	Sería un tipo de póliza más parecida al copago, puede variar entre 12€ - 30€ dependiendo de si es familiar la cobertura

Para llevar a cabo esta comparativa hemos investigado sobre los sistemas sanitarios privados en cada uno de los países de referencia, o en una comparativa con países afines.

En este sentido encontramos que la estructura de seguro privado, según la conocemos en España se replica en los países europeos analizados, exceptuando Italia, donde la única modalidad existente es de copago, lo cual te amplía ciertas coberturas o agiliza las listas de espera.

Para realizar la comparativa, hemos recogido la información a través de un buscador de seguros de internet, es genérica y cada póliza requiere, tal y como se comenta en las diferentes webs de las compañías aseguradoras, de una información adicional sobre el contratante del mismo, la cual puede hacer variar el importe de la póliza.

Hemos tomado **para comparar un perfil** definido por los puntos siguiente

- Según Edad (Entre 25-35/ 40 – 55/ A partir de 55) – Hombre y Mujer. Soltero/a. Sin seguro sanitario previo. Trabajo: Administrativo.
- Para una única persona.
- Con Copago o sin Copago

	25 a 40 Años		41 a 59 años		60 en adelante		25 a 40 Años		41 a 59 años		60 en adelante	
	Mujer Administrativa 35 Años	Hombre Administrativo 35 años	Mujer Administrativa 45 años	Hombre Administrativo 45 años	Mujer Administrativa 65 años	Hombre Administrativo 65 años	Mujer Administrativa 35 Años	Hombre Administrativo 35 años	Mujer Administrativa 45 años	Hombre Administrativo 45 años	Mujer Administrativa 65 años	Hombre Administrativo 65 años
Aseguradora 1	60,00 €	60,00 €	Plena Plus - 53€	Plena Plus - 53€	Plena Plus - 94€	Plena Plus - 94€	32,00 €	32,00 €	Plena Plus - 28€	Plena Plus - 28€	Plena Plus - 70€	Plena Plus - 70€
Aseguradora 2	65,00 €	65,00 €	66,00 €	66,00 €	123,00 €	123,00 €	45,00 €	45,00 €	48,00 €	48,00 €	106,00 €	106,00 €
Aseguradora 3	53,00 €	53,00 €	Asisa MOMENTO - 53€	56,00 €	99,00 €	99,00 €	33,00 €	33,00 €	Asisa MOMENTO - 28€	36,00 €	90,00 €	90,00 €
Aseguradora 4	54,00 €	54,00 €	DKV Integral Completo-54€	54,00 €	101,00 €	101,00 €	27,00 €	27,00 €	DKV Integral Completo-28€	28,00 €	51,00 €	51,00 €
Aseguradora 5	66,00 €	66,00 €	Mapfre Salud Plus - 75€	75,00 €	183,00 €	183,00 €	50,00 €	50,00 €	Mapfre Salud Plus - 66€	57,00 €	137,00 €	137,00 €

Los resultados de esta investigación nos llevan a observar puntos a analizar:

1. Observamos unas diferencias en las tarifas de las pólizas importantes entre las compañías.

En la franja más joven podemos encontrar las diferencias más reducidas un 7% entre la más baja y la más alta. En la franja de 45 años ya encontramos diferencias del **14%**, pero donde encontramos diferencias muy importantes es la de 65 años con diferencias de casi el **100%**. Este efecto se produce tanto en Sin Copago como Con Copago.

2. Existe una diferencia importante entre la póliza con copago o sin copago

Dentro de la misma compañía encontramos diferencias de entre el **15%-53% menos** entre la tarifa de la póliza Con Copago o Sin Copago. Si comparamos diferentes compañías encontramos ratios de hasta un **80% de diferencia en la edad de 35 a la un casi 100% en los 65 entre una compañía u otra en cada tramo.**

3. Se aprecia como el precio se incrementa de manera en función de la edad del cliente

Con copago: Podemos pasar de incrementos de la póliza desde un **77% a un 185%** entre la franja de edad de los 35 años a los 65 años. Produciéndose el mayor **incremento de la tarifa a partir de los 65 años**, manteniéndose más o menos estable en los 45 años, con un incremento máximo del **17%**.

Sin copago: Podemos pasar de incrementos de la póliza desde un 100% a un 150% entre la franja de edad de los 35 años a los 65 años. Produciéndose el mayor incremento de la tarifa a partir de los 65 años, manteniéndose más o menos estable en los 45 años, con un incremento máximo del 17%.

Rango de las tarifas de la póliza por franja de edad.

SIN COPAGO			CON COPAGO		
35 años	45 años	65 años	35 años	45 años	65 años
53.-€ a 67.-€	53.-€ a 75.-€	93.-€ a 183.-€	28.-€ a 48.-€	28.-€ a 66.-€	70.-€ a 137.-€

Estas variaciones se fundamentan en qué número de servicios existe el copago o no, las carencias y sus condicionados

SERVICIOS

En cuanto al tipo de servicios ofrecidos por las pólizas, nos hemos centrado en los servicios más generales y habitualmente utilizados por los usuarios.

- Servicios analizados:
 - Pediatría
 - Ginecología y Obstetricia
 - Diagnóstico - analíticas, resonancia y TAC
 - Traumatología
 - Fisioterapia y rehabilitación

	Pediatría y puericultura (Atención médica)	Parto y Cesárea	Diagnóstico (TAC)	Fisioterapia//Rehabilitación	Especialista Traumatología (Consulta)	Sesiones Psicología
Aseguradora 1	Recién Nacidos: 30 primeros días de vida con cargo a la póliza de la madre	Dudas - No clara la Carenca - Incluye epidural e incubadora	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Especifica SIN Límite// 6 mses de carencia	Dispone del servicio pero no especifica nada más	6 meses de carencia//20 sesiones y 40 si es por trastorno alimenticio
Aseguradora 2	Asistencia a niños hasta 15 años. Includo programa "Niño Sano", durante los primeros 4 años de vida del bebé	8 meses de Carenca	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Hasta 15 sesiones
Aseguradora 3	Recién Nacidos: 30 primeros días de vida con cargo a la póliza de la madre	8 meses de Carenca	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Especifica SIN Límite	Dispone del servicio pero no especifica nada más	20 sesiones y 40 si es por trastorno alimenticio
Aseguradora 4	Asistencia médica en el domicilio	No indica nada especial	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Sin límite de sesiones. Excluida la rehabilitación de mantenimiento	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Hasta 20 sesiones al año. Excepto Anorexia y Bulimia límite 40 sesiones
Aseguradora 5	En consulta y a Domicilio	Incluye Anestesia Epidural y Crio-preservación células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical (SCU y TCU)	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Sin límite	Dispone del servicio pero no especifica nada más	Incluye consulta con el psicólogo y tratamiento (máximo de 20 sesiones por Asegurado y año), para trastornos de la alimentación el límite máximo es de 40 sesiones por Asegurado y año

Los resultados de esta investigación nos llevan a observar puntos a analizar:

1. **Existen lagunas informativas en la definición de qué incluye el servicio.**
2. **Hay muchas limitaciones en la mayoría de los servicios-pocos sin límites.**
3. **Hay carencias en todos servicios.**

Además, hemos detectado que los seguros, aunque **puedan cubrir la mayoría de las situaciones, muchos tratamientos, especialmente aquellos relacionados con enfermedades oncológicas, quedan fuera de estos servicios.**

Más adelante haremos mención a las exclusiones de las pólizas en determinadas áreas y como estas pueden afectar a los pacientes.

CARENCIAS

Mantenemos el mismo foco de servicios más generales y habitualmente utilizados por los usuarios.

- Servicios analizados:
 - Pediatría
 - Ginecología y Obstetricia
 - Diagnóstico - analíticas, resonancia y TAC
 - Traumatología - Fisioterapia y rehabilitación

	Pediatría y puericultura (Atención médica)	Parto y Cesárea	Diagnóstico (TAC)	Fisioterapia//Rehabilitación	Especialista Traumatología (Consulta)	Sesiones Psicología
Aseguradora 1	3 meses	10 meses	3 meses	3 meses	3 meses	3 meses
Aseguradora 2	10 meses	10 meses (Parto: 8 meses)	10 meses	6 meses	6 meses	6 meses
Aseguradora 3	6 meses	8 meses	6 meses	6 meses	6 meses	6 meses
Aseguradora 4	No específica	6 meses	No específica	No específica	No específica	6 meses
Aseguradora 5	6 meses	6 meses, excepto 8 meses en embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, preparación al parto y aborto.	6 meses	6 meses	6 meses	6 meses

7. RELACIÓN ENTRE ASEGURADORAS y ENTIDAD SANITARIA PRIVADA

TENSIÓN EN LOS PRECIOS

Hemos podido comprobar en los anteriores puntos que la competencia a nivel de precios entre las aseguradoras es alta.

¿Podemos prever que esta competencia tarifaria afecta a las tarifas que se pagan a las entidades sanitarias?

¿Qué importancia tiene las aseguradoras en el volumen de negocio de las entidades sanitarias?

Impacto económico de las aseguradoras en los centros

Para este apartado tomaremos como referencia los datos de **la Encuesta sobre Aspectos de Gestión en Centros Sanitarios Privados**, realizada por **Deloitte para ASPE** en noviembre de 2016.

Recordamos de inicio, que los centros sanitarios privados tienen 3 tipos de clientes:

- Concierto con la Administración Pública
- Las aseguradoras privadas
- El cliente privado puro

Pues bien, para entender la importancia que tiene la colaboración con Empresas de Aseguramiento privada, los datos del 2016 de esta encuesta indican que el % de facturación de los centros que provienen de seguros privados sería el siguiente:

- **El 29% está por debajo del 40% de su facturación.**
- **El 26% está por encima del 80% de su facturación.**
- **El 43% está entre el 40 y 80% de su facturación**

De aquí podemos afirmar la alta importancia que tienen para los centros sanitarios las entidades aseguradoras, n más del 70% de los centros más del 40% de su facturación proviene de seguros privados, y en 1 de cada cuatro más del 80% proviene de este tipo de cliente.

Observando los datos del 2015 al 2016 **está dependencia ha aumentado, pasando del 61% las que estaban por encima de este 40% al 70% actual, tan solo en 1 año.**

De la misma manera, **también se han visto incrementados los volúmenes en términos de facturación de un año a otro. El 56% declara un incremento en el volumen de su colaboración, un 33% la mantiene y un 10% la ha reducido.**

El **60%** de los encuestados manifiesta que trabaja con más de **20 aseguradoras**, sin embargo, ante la pregunta de cuántas aseguradoras serían necesarias para acaparar el **75% del volumen de facturación**, encontramos que el **54% de los encuestados afirman, que esta facturación la asume con 10 empresas, y el 29% de los centros con menos de 6.**

Para entender un poco mejor la **relación Centro – Aseguradora**, es importante prestar atención al tipo de contrato que las aseguradoras ofrecen a las entidades sanitarias privadas. Encontramos los **siguientes tipos**:

- Pago mixto
- Pago en exclusiva por acto clínico
- Pago por forfait - por proceso
- Pago en exclusiva por cápita - por persona

En referencia a los datos del año anterior, podemos apreciar **una subida de un 10% en el pago mixto** frente al descenso del resto, exceptuando el pago por cápita que se incrementa un **1%**.

Percepción de los centros en su relación con las aseguradoras

Solutia GHS ha realizado entrevistas presenciales con gerencias y dirección médica de diferentes hospitales – (8) en las CCAA de Andalucía, País Vasco, Barcelona, Galicia y Madrid. En estas entrevistas hemos querido detectar de forma más profunda la percepción que existe de esta relación/vinculación. La siguiente información:

Limitación de recursos

Hay una tendencia en las aseguradoras sanitarias privadas a **transformare incrementar** los pagos que impliquen una limitación económica en el **tratamiento de los pacientes (por forfait o per cápita)** o el traspaso de parte del pago de la asistencia **al propio paciente (pago mixto)**, respecto al pago tradicional que se realiza por acto clínico.

Así podemos poner, por **ejemplo**, en un servicio muy habitual como el de **fisioterapia o el de los laboratorios**, en los que se está **extendiendo** la aplicación del **pago per cápita**, este tipo de pago implica que se dedica un importe definido de manera anual al pago de estos servicios según el número de asegurados **en una provincia en concreto, sin determinar por centros** o tipo de asistencia necesaria por el asegurado. **Si esta “bolsa” económica se agota el centro al que acude el asegurado no recibiría el pago del servicio o lo recibiría a expensas de una futura regulación.** Esta forma de pago supone una transferencia de riesgo (que es inherente a la entidad aseguradora) y que traslada a la entidad proveedora que comporta disfunciones importantes.

¿Qué pagan las aseguradoras por el servicio? - Pago por acto

El pago que una entidad sanitaria recibe por parte de la aseguradora varía según la misma. Tras realizar una consulta sobre los importes que las entidades sanitarias reciben de las principales aseguradoras, en cuatro de los servicios más habituales. Traumatología, Cirugía General, Medicina Interna y Fisioterapia, hemos obtenido la siguiente información:

		Aseguradora 1	Aseguradora 2	Aseguradora 3	Aseguradora 5	Paciente Privado
Traumatología	Consulta	16,80 €	18,82 €	17,52 €	16,90 €	120,00 €
	Segunda Consulta/Revision	8,40 €	9,80 €	7,03 €	12,02 €	80,00 €
Cirugía General	Consulta	16,80 €	16,82 €	17,52 €	16,90 €	80,00 €
	Segunda Consulta/Revision	8,40 €	9,80 €	7,03 €	12,02 €	60,00 €
Medicina Interna	Consulta	16,80 €	16,82 €	17,00 €	17,40 €	62,00 €
	Segunda Consulta/Revision	8,40 €	9,80 €	7,00 €	12,02 €	32,00 €
Fisioterapia	Sesión	6,16 €	5,46 €	No información	6,01 €	36,00 €

A estas tarifas definidas hay que restar las aplicaciones de rápeles sobre volumen de facturación que las aseguradoras pueden plantear a final de año tras superar un volumen de ingresos con la misma.

Si lo comparamos con los precios pagados por un particular en cada uno de los servicios antes definidos, vemos los siguientes rangos:

- 80.-€ de media, para consultas privadas
- De 56.-€ de media para pruebas diagnósticas (Analíticas generales)
- 36.-€ para las sesiones de fisioterapia

Si lo comparamos con los baremos de compensación que las aseguradoras a nivel internacional tienen acordados con los centros vemos en el siguiente cuadro un detalle de lo que paga un seguro internacional por diferentes servicios de su cliente y un paciente privado (entendido este como paciente privado aquel que no tiene seguro médico y paga sus consultas de manera directa):

		Paciente Internacional	Paciente Privado
Traumatología	Consulta	196,81 €	120,00 €
	Segunda Consulta/Revision	196,81 €	80,00 €
Cirugía General	Consulta	196,81 €	80,00 €
	Segunda Consulta/Revision	196,81 €	60,00 €
Medicina Interna	Consulta	196,81 €	62,00 €
	Segunda Consulta/Revision	196,81 €	32,00 €
Fisioterapia	Sesión	104,26 €	36,00 €

Podemos apreciar por lo tanto unas diferencias sustanciales, de hasta el **80% menos de compensación por parte de las aseguradoras.** (*Entidad Sanitaria Privada*)

¿Cuánto le cuesta el servicio al centro?

Una forma rápida de comparar es conociendo cuál es el **coste retributivo** (Salario + Seguridad Social) de los profesionales vinculados a cada servicio. En esta línea, debemos a su vez valorar el salario de los profesionales que desempeñan estos servicios. Si bien es cierto que la relación contractual con los médicos especialistas suele ser mercantil, podemos hablar de los siguientes salarios/hora aproximados

Médico especialista (traumatología, medicina interna, cirujano):

- **34,99.-€/hora – 40,63.-€/hora**

Fisioterapeuta

- **17,21.-€/hora - 18,70.-€/hora**

Estos costes **son sólo** los laborales del **profesional directamente vinculado**, al cual habría que añadir el coste de Seguridad Social si tuvieran una relación contractual por cuenta ajena.

Tampoco **estamos contemplando el coste de otros profesionales vinculados** al acto médico o **los costes indirectos** (amortizaciones de infraestructura, amortizaciones de equipos, fungibles, energía, limpieza...)

Así **aplicando una regla matemática simple**, de compensación de la aseguradora por coste directo del profesional, podemos establecer que:

- **En una consulta, un especialista debe, máximo, dedicar 30 minutos a un paciente**
- **En una sesión de fisioterapia, máximo 20 minutos.**

Si entendemos que falta **un mínimo de 30%** de imputación de otros costes indirectos, podemos extrapolar que aún debería restarse **10 minutos más a cada acto, para conseguir cubrir el coste. Esto es, 20 minutos en consulta especialista y 10 min en fisioterapia.**

Gestión burocrática

Otra de las problemáticas con la que se encuentran los centros es la **gestión burocrática implícita** para poder, por una parte, asignar **el acto clínico al glosario que tiene definido la aseguradora (tiene que encajar)** o tramitar la compensación económica, **provocando retrasos en los pagos o no posibilidad de cobro.**

Posición dominante.

La concentración del sector salud en **10 aseguradoras** provoca **incapacidad de negociación** sobre las compensaciones marcadas, aceptación de nuevas **compensaciones con un peso más actuarial** o políticas financieras cómo las aplicaciones de **rápeles sobre volumen de facturación** al final del ejercicio

IMPACTO EN EL PACIENTE

Una vez analizada la relación entre aseguradoras y entidades sanitarias privadas, queremos hacer referencia a uno de los **actores principales** en esta relación: los pacientes/clientes.

En **apartados anteriores** ya hemos explicado los aspectos clave a tener en cuenta para contratar un seguro de salud, así como la **variación de precios** según las aseguradoras principales y los periodos de carencia de las mismas, para los servicios más habituales.

Ahora queremos conocer la opinión y percepción de los asegurados

¿Está contento el asegurado con su seguro médico?

Como ya habíamos comentado en la introducción podemos trasladar que Sí, la satisfacción de la aseguradora es incluso alta. Recordemos que la variable **ISCX (satisfecho-recomienda-continua)** es la **más alta de la rama de seguro** del Informe **STIGA 2016** siendo del **23%, (casi uno de cada cuatro)**

¿Tiene claro lo que incluye el precio de su póliza de salud?

Podemos confirmar que no del todo si analizamos las quejas que reciben las asociaciones de consumidores respecto a las pólizas. El 75% de las mismas están dirigidas a:

- La **no información clara** de los servicios **que incluyen la póliza y no con lo que implica exclusión de coberturas.**
- La **subida de la prima por parte de la entidad aseguradora al llegar a una franja de edad.** (Se estima que el 60% de los recursos que una persona dedica a la salud se consumen a partir de los 65 años). Motivado por este dato, desde el 2015 existe la **obligación de informar al asegurado de esta subida de la prima al llegar a una franja de edad.**

Una vez analizados estos aspectos y habiendo visto los servicios que incluyen las aseguradoras, es importante tener en cuenta las **exclusiones que aparecen en las condiciones generales de nuestros seguros.** En este sentido, y **tras analizar los condicionados de cuatro grandes compañías aseguradoras,** encontramos, como ya adelantábamos anteriormente, que tratamientos de algunas de las enfermedades, como las oncológicas, que más preocupan a la población, **no cuentan con esta cobertura por parte de los seguros.**

En este sentido, **volvemos a encontrar un lenguaje muy técnico y falta de información,** dado que en algunas pólizas no es explícito lo que incluye y lo que no de cara a los tratamientos.

Así encontramos lagunas como:

En el área de oncología, es que **no todos los tratamientos están incluidos,** como por ejemplo la quimioterapia intraoperatoria o intraperitoneal, técnica clave en ciertos tumores con metástasis. Este tipo de técnica ayuda a controlar la enfermedad y prolongar la supervivencia.

Dentro del **área de la cirugía,** encontramos como en tres de las compañías, se especifica el **no uso de cirugía robótica o técnicas quirúrgicas que usen equipos de robótica, solamente una de ellas admite la laserterapia como técnica para láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas, el resto, consideran la laserterapia para áreas de rehabilitación. La endoscopia y laparoscopia, sí que aparece contemplada como medio de diagnóstico para la parte de Obstetricia y ginecología y para el aparato digestivo.** Hay que recordar que las técnicas de cirugía robótica presentan algunas de las siguientes ventajas para el paciente, frente a la cirugía abierta: disminuyen la pérdida sanguínea, aumentan la precisión y es obviamente menos invasiva.

Otro de los aspectos que hemos encontrado preocupantes, es la cláusula explícita en la cual, una de las aseguradoras incide en que las **prótesis utilizadas** serán

suministradas por la empresa designada por la entidad aseguradora, y a continuación detalla en qué áreas y qué prótesis se implantarían hasta los límites del capital asegurado establecidos en la condición particular de la póliza. Por lo tanto, será una entidad aseguradora la que decida qué tipo de material protésico se utiliza en lugar de un equipo médico.

En línea a lo anterior podemos encontrar pólizas relativamente más amplias en cuanto al tipo de prótesis que admite, pero sí tendrá un límite de 12.000 € al año por asegurado.

Otro de los datos que suele ser desconocidos para los usuarios de las pólizas es que hay enfermedades que **su póliza no va a cubrir**, por ejemplo:

- **El VIH, ni ningún tratamiento vinculado, la diálisis o hemodiálisis en pacientes crónicos**
- **O algo mucho más común y cada vez más extendido entre la población, la no inclusión en la cobertura de asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, escalada, boxeo, artes marciales, deportes de aventura en general, rugby... en alguna de ellas queda ampliado a la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.**

8. CONCLUSIONES

1. LA COMPETENCIA HA PROVOCADO UNA REDEFINICIÓN DE LAS PÓLIZAS PARA PODER REDUCIR LAS PRIMAS Y CAPTAR A MÁS CLIENTES.
2. LA COMPETITIVIDAD ECONÓMICA EN LA REDUCCIÓN DE LAS PRIMAS A LOS CLIENTES, SE HA BASADO TAMBIÉN EN REDUCIR LA COMPENSACIÓN A LOS CENTROS RENEGOCIANDO TARIFAS.
3. EXISTE UNA DIFERENCIA DE ENTRE 3 Y 4 VECES MÁS EL PAGO DE UN ACTO O PROCESO POR UNA ASEGURADORA EXTRAJERA RESPECTO A UNA ESPAÑOLA
4. NO EXISTE UNA INFORMACIÓN CLARA EN LAS COBERTURA DE SERVICIOS, NI EN SUS CARENCIAS, NI EN SUS CONDICIONANTES Y LÍMITES.
5. LA PRESIÓN EN LOS PRIMAS DE LOS SEGUROS POR PARTE DE LAS ASEGURADORAS ESTÁ REPERCUTIENDO EN LAS COMPENSACIÓN A LOS CENTROS Y PROFESIONALES SANITARIOS.

PROPUESTAS

1. POR EL IMPACTO SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y POR EL IMPACTO QUE REPRESENTA SERÍA MUY POSITIVO QUE LAS ASEGURADORAS, AL IGUAL QUE LOS HOSPITALES, TUVIERAN UNA SUPERVISIÓN POR PARTE DEL MINISTERIO DE SANIDAD EN CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL Y RECURSOS ECÓNICOS. ACTUALMENTE, LA DEPENDENCIA ES DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA AL SER LOS SEGUROS DE SALUD UNA RAMA DE LOS SEGUROS NO VIDA.
2. SERÍA NECESARIO REGULAR EL CONTENIDO DE LAS PÓLIZAS Y ESTANDARIZAR LA INFORMACIÓN Y LOS TÉRMINOS, PARA PODER FACILITAR LA COMPRESIÓN DE LAS MISMAS EN CUANTO A COBERTURAS INCLUIDAS, CARENCIAS, CONDICIONATES, LIMITACIONES EN TRATAMIENTOS O PRIMAS FUTURAS. ASÍ, EL CLIENTE DEBE TENER CLARO AL CONTRATAR UN SEGURO DE SALUD PRIVADO LO SIGUIENTE:
 - SI EXISTE O NO COPAGO DE SERVICIOS, EN CUALES Y CUÁLES SON LAS CANTIDADES.
 - QUE TIPO DE SERVICIOS NO ESTÁN INCLUIDOS.

- **TENER INFORMACIÓN SOBRE EN QUÉ CLÍNICAS/HOSPITALES PRIVADOS SU ENTIDAD TIENE CONVENIO Y SI ESTAS CUMPLEN CON SUS NECESIDADES EN CUANTO A LOS SERVICIOS QUE OFRECEN.**
 - **RESTRICCIONES ESTABLECIDOS POR CARENCIA, NÚMERO DE ACTOS, TIEMPOS MÁXIMOS, TIEMPOS ESTABLECIDOS, MÁXIMOS ECONÓMICOS, COPAGOS...**
- 3. ANTE LA CLARA APORTACIÓN EN CALIDAD, TECNOLOGÍA, MEJORA DE PROCESOS, TIEMPOS Y RECURSOS ECONÓMICOS DE LA SANIDAD PRIVADA EN MUCHOS DE LOS SERVICIOS, ES NECESARIO BUSCAR UNA MAYOR COLABORACIÓN EN FORMA DE CONCIERTOS O COLABORACIÓN PÚBLICO--PRIVADA. ESTA AFIRMACIÓN LA AVALA EL 85% DE LOS FUNCIONARIOS QUE TIENEN POSIBILIDAD DE ELECCIÓN ENTRE LA SANIDAD PRUBLICA Y LA PRIVADA ELIGEN LA PRIVADA.**

VOLVER A INTRODUCIR EL INCENTIVO FISCAL DE DEDUCCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN GENERAL PERMITIRÁ RACIONALIZAR Y HOMOGENIZAR LAS PRIMAS EN CANTIDAD Y COBERTURA DE SERVICIOS AL SER DEDUCIBLES DEL IRPF.

- 4. RESPETAR EL DERECHO DEL PACIENTE A LIBRE ELECCIÓN DE CENTRO SANITARIO Y PROFESIONAL EN CADA CASO**
- 5. ORIENTARSE A LA ATENCIÓN SANITARIA A LA CRONICIDAD, CON UNA APUESTA CLARA POR LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS ANTE EL CRECIENTE RETO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL**