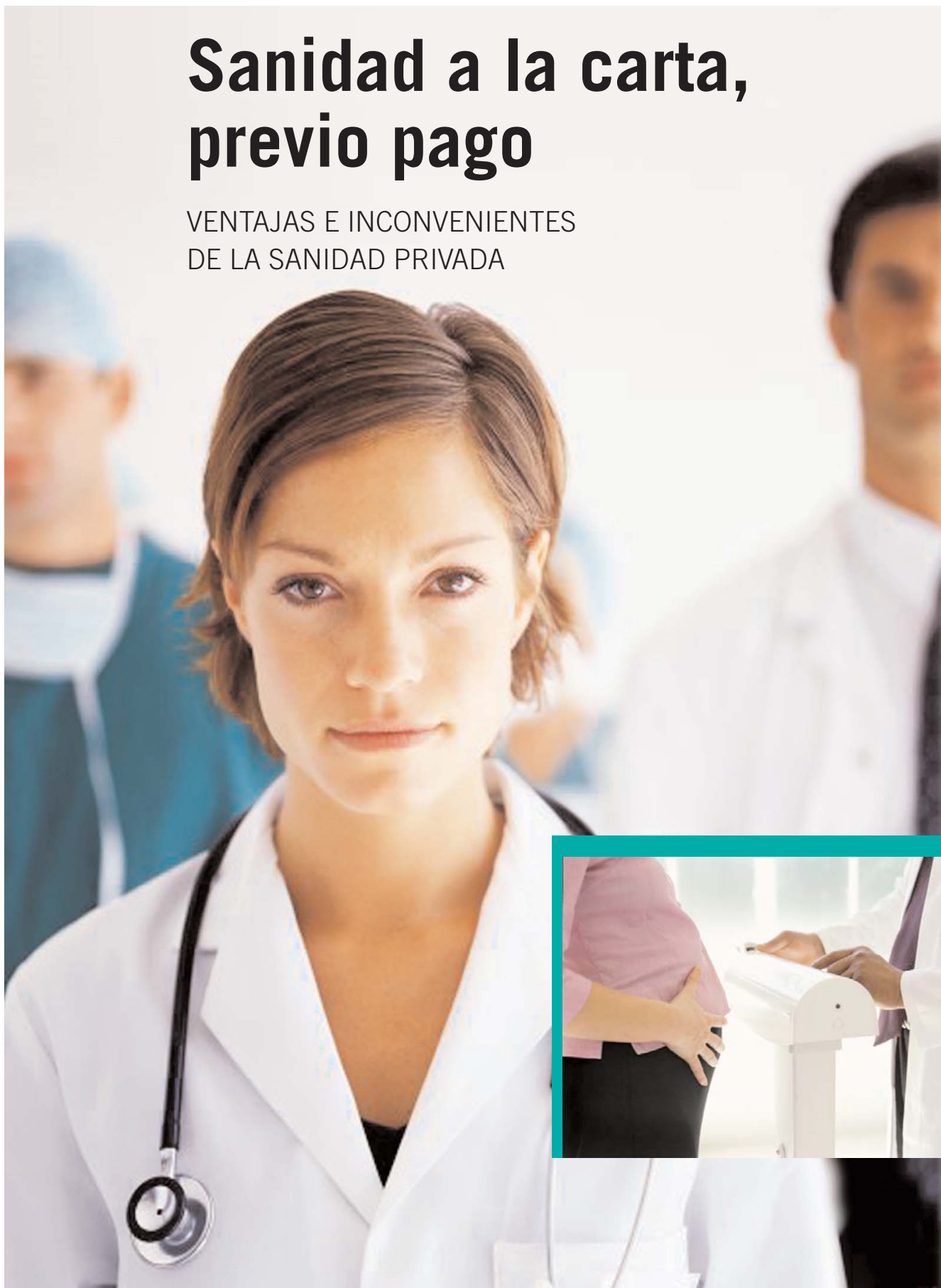


Sanidad a la carta, previo pago

VENTAJAS E INCONVENIENTES
DE LA SANIDAD PRIVADA



Una persona de clase alta o media-alta con profesión liberal, que busca comodidad tanto a la hora de acudir al médico como cuando ha de ser hospitalizada, y que valora mucho la posibilidad de elegir al médico especialista. Este es, a grandes rasgos, el perfil del cliente de los seguros sanitarios privados. En España, el 17% de la población, es decir, alrededor de 7 millones de personas, tienen contratado un seguro de asistencia médica privada, según datos de Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA).

La saturación de los servicios sanitarios adscritos a la Seguridad Social, el progresivo aumento del nivel de vida en nuestro país y un paulatino cambio de mentalidad en la importancia que se otorga a todo lo relacionado con la salud explican que hoy la sanidad privada sea un negocio al alza: en 2004 la contratación de sus pólizas creció un 4% respecto al año anterior, convirtiéndose en uno de los sectores de las aseguradoras que mejor comportamiento mostró.

La medicina privada ofrece, por lo general, varios tipos de pólizas, pero la más extendida –con un 86% de la cuota de mercado– es la de la asistencia sanitaria completa (médicos de familia, especialistas...) con servicios en el

territorio nacional y en el extranjero y libre elección de médicos dentro de los cuadros de la compañía. **Ginecología, pediatría y traumatología son las especialidades más demandadas** por los usuarios de la sanidad privada. Junto con estas prestaciones, los seguros privados también cubren la asistencia hospitalaria, intervenciones quirúrgicas, urgencias, partos, análisis, exploraciones, tratamientos, medicina general y especializada, asistencia a domicilio, etc.

Pero no es oro todo lo que reluce. Las compañías de asistencia sanitaria privada no son otra cosa que empresas en busca de negocio y **exigen al nuevo asegurado una salud casi de hierro**: antes de aceptar a un cliente, lo someten a un exhaustivo reconocimiento médico tras el cual se decidirá si es admitido. Ante la más mínima sospecha de que presente complicaciones de salud en un futuro inmediato, podrá ser rechazado: una persona con muchas probabilidades de enfermar no es el cliente ideal.

Otro aspecto poco conocido de estas empresas es el **periodo de carencia** que aplican: algunas coberturas de las pólizas no son efectivas desde el principio, y ello con la finalidad de evitar clientes que buscan beneficiarse inmediatamente de las ventajas de la sani- ➤

ACERTAR EN LA ELECCIÓN

- > Antes de contratar un seguro de asistencia sanitaria, revise minuciosamente las condiciones y prestaciones del mismo. Asegúrese de que los servicios concertados cubren sus necesidades.
- > Haga números. Además del coste mensual de la prima, calcule con qué frecuencia acude al médico y a cuánto asciende cada visita (el copago).
- > Lea con atención la letra pequeña de las pólizas. Preste especial atención a los posibles recargos o

cancelación por siniestralidad, a los límites de cobertura por proceso y año, a los periodos de carencia, a la posibilidad de que se anulen en casos graves de urgencia, a la posible rescisión de póliza en edades avanzadas y a la cobertura geográfica.

- > Cerciórese de que no existen restricciones en la consulta con un mismo especialista.
- > Compruebe si la compañía dispone de una dilatada experiencia en el sector, de una amplia ga-

ma de médicos y clínicas a disposición del asegurado, de consultorios médicos propios y de asistencia mundial en caso de emergencia.

- > Infórmese de si los centros concertados ofrecen calidad, y no sólo a nivel hotelero, sino también en asistencia, instalaciones y equipos médicos.
- > Pida la lista de médicos y fíjese dónde tienen su consulta: si están demasiado lejos de su casa, en más de una ocasión le dará pereza acudir hasta allí.

PERIODO DE CARENCIA

Aunque en principio los servicios incluidos en la póliza se prestan desde el momento de la contratación, las aseguradoras establecen periodos de "carencia" contados a partir de la fecha de efecto del seguro, durante los cuales no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Su fundamento estriba en que las primas se calculan sobre las probabilidades de que las personas sanas contraigan enfermedades: se establecen estos periodos de carencia para excluir de la cobertura a las enfermedades preexistentes, ya advertida ya inadvertidamente. Los periodos de carencia en las aseguradoras son:

DKV

- Intervenciones quirúrgicas*: **6 meses.**
- Asistencia al parto: **10 meses.**
- Transplantes: **12 meses.**

SANITAS

- Ligadura de trompas, vasectomía y tratamiento de psicología: **6 meses.**
- Asistencia al parto: **10 meses.**

ADESLAS

- Intervenciones quirúrgicas*, hospitalización*, coste de las prótesis (no su implantación), ligadura de trompas y vasectomía, laserterapia, nucleotomía percutánea, quimioterapia y oncología radioterápica, electrorradioterapia, diálisis y riñón artificial y litotricia renal: **6 meses.**
- Asistencia al parto: **10 meses.**

IMQ

- Técnicas especiales de diagnóstico, odontología, hospitalización* quirúrgica, médica, pediátrica, domiciliaria y psiquiátrica, unidad coronaria e intensivos, planificación familiar, electroterapia, oxigenoterapia, ventiloterapia, y aerosolterapia, hemodinámica vascular, radiología vascular intervencionista, radioterapia y quimioterapia ambulatoria y hospitalaria, unidad del dolor: **6 meses.**
- Embarazo y parto: **10 meses.**
- Litotricia renal y vesical, logofoniatría: **12 meses.**
- Transplante de córnea: **18 meses.**

* Salvo en los casos de urgencia vital.

dad privada. Podrán hacerlo, pero tras haber sido usuarios 'no problemáticos' durante un tiempo.

Mujeres y ancianos, los que más pagan

Las primas de estas aseguradoras no son personalizadas, se aplican por grupos. Y esos grupos se confeccionan a partir de estadísticas de las propias aseguradoras que incluyen variables como la edad, el lugar de residencia y el sexo. Así, por el mero hecho de ser una joven en edad fértil, una mujer de 30 años abonará la misma tarifa mensual tenga o no hijos, es decir, haga o no un uso más frecuente de algunas coberturas de su póliza (en este caso, ginecología).

Por lo que respecta a **la edad del asegurado**, cuanto más avanzada sea más aumenta la cuota, llegando a incrementarse la prima entre un 75 y un 100% al cumplir 65 años. En los primeros tramos de edad, entre 0 y 14 años, son los chicos los que soportan los precios más elevados. A partir de los 14 años, esta tendencia se invierte y son las mujeres quienes deben hacer frente a una cuota más elevada. Pasados los 60 años, vuelve a cambiar el sistema de tarifas y los hombres vuelven a ser los más perjudicados.

En cuanto al **lugar de residencia**, los usuarios catalanes y los de Baleares son los más desfavorecidos en las pri-

mas. Los honorarios de los médicos y los precios de los hospitales, más elevados en estas zonas, hacen que se encarezcan las primas. Las distintas infraestructuras con que las aseguradoras cuentan en territorio nacional influyen también en el importe de las primas. Además, las primas están sujetas a actualización anual. El incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la firma del contrato y otros hechos similares, repercuten encareciendo las tarifas.

Letra pequeña con muchas limitaciones

Es frecuente que las aseguradoras ofrezcan información insuficiente sobre **los servicios que no cubren y las limitaciones de algunas prestaciones**. Para conocer estas restricciones hay que revisar con atención la letra pequeña de las pólizas.

Sida, drogodependencia, alcoholismo, tratamientos para la esterilidad o infertilidad y la interrupción voluntaria del embarazo, daños causados por intento de suicidio, cirugía estética y trasplantes son las exclusiones más generalizadas. Tampoco cubren los daños físicos y la asistencia sanitaria con origen en la práctica de deportes como

profesional ni como aficionado, ni en competiciones de cualquier tipo. En caso de guerras y epidemias declaradas oficialmente, así como de daños nucleares o radiactivos, las aseguradoras también se eximidas de responsabilidad. Del mismo modo, no cubren gastos médicos provenientes de cataclismos meteorológicos, sísmicos e inundaciones declaradas como catástrofe nacional, ni el coste de los fármacos o medicamentos, excepto en ingresos, con la consiguiente sangría económica que esto supone para algunos enfermos.

Las limitaciones en prestación de servicios varían mucho de una aseguradora a otra. Adeslas establece un límite de cuatro sesiones de podología al año, mientras que el Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) las limita a dos. DKV fija en 60 días anuales la asistencia en viaje, los mismos que establece como máximo para la hospitalización psiquiátrica. En este último caso, los límites de hospitalización para los asegurados de Adeslas y del IMQ son de 50 y de 30 días al año, respectivamente. IMQ limita también a 30 días la hospitalización en unidad de neonatología, la hospitalización médica para ingresos sin intervención quirúrgica, la pediátrica y unidad coronaria e intensivos, reduciendo, además, el ingreso en los tres últimos casos a 7 días por proceso. ◀

SANIDAD PRIVADA

- **No hay listas de espera.** Permite acudir al médico que se desea casi en el momento en que lo necesite el asegurado.
- **Acceso directo a especialistas.** El enfermo puede acudir directamente al facultativo especialista sin necesidad de pasar primero por el médico de cabecera.
- **Libre elección de médico y centro hospitalario.** El asegurado puede escoger entre una amplia relación de profesionales y centros médicos, el que se ajuste mejor a sus necesidades o preferencias.
- **Hospitalización en habitaciones individuales con baño completo y cama para acompañante.**
- **Rapidez en la obtención de resultados de las pruebas médicas.**
- **Acceso a las mejores clínicas y hospitales de Estados Unidos.** Algunas compañías poseen un concierto de clínicas con EE.UU. que permite acudir a los más prestigiosos centros médicos de este país, desembolsando tan sólo el 10% de sus gastos médicos.
- **Prestaciones excepcionales.** Cobertura de balnearios, trasplantes, cirugía de la miopía, etc.
- **Asistencia médica y citas a través de teléfono e Internet.** Algunas entidades disponen de un servicio de asesoramiento que aconseja y resuelve dudas acerca de síntomas, problemas de salud y medicamentos.



PRIMAS MENSUALES

COMPañIA Póliza	ASISA (1) Asisa salud	ADESLAS (2) Adeslas completa	DKV DKV integral	SANITAS (3) Sanitas multi	IMQ(1) Poliza C	
Familia*	Entre 172,45 y 186,02	Entre 171,94 y 196,96 e	Entre 196,91 y 236,29 e	Entre 192,38 y 229,89 e	172 e	
PERSONA DE 30 años	Entre 43,82 y 47,35 e	H	Entre 41,19 y 47,46 e	Entre 40,56 y 48,68 e	Entre 41,33 y 48,01 e	42,5 e
		M	Entre 55,30 y 64,79 e	Entre 56,96 y 68,36 e	Entre 59,18 y 72,15 e	
PERSONA DE 50 años	Entre 53,33 y 57,05 e	H	Entre 59,08 y 69,77 e	Entre 60,56 y 72,68 e	Entre 59,37 y 71,9 e	58,7 e
		M	Entre 63,37 y 74,86 e	Entre 63,73 y 76,47 e	Entre 63,72 y 76,88 e	
PERSONA DE 65 años	Entre 85,59 y 89,95 e	H	Entre 103,12 y 123,75 e	(4)	77,2 e	
		M	Entre 105,99 y 127,18 e	(4)		
Participación en los costes de los servicios**	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería: 0,32 e • Resto de actos médicos: 2,50 e • Ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, diálisis, rehabilitación, estudios genéticos, resonancia, scanner, tratamientos, oncológicos, etc.: 4 e 	<ul style="list-style-type: none"> • ATS, rehabilitación, podología: 1,40 e • Medicina general: 2,1 e • Urgencia: 4 e • Resto: 3 e 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería: 1 e • Medicina general y pediatría: 1,5 e • Rehabilitación, fisioterapia, podología, preparación al parto, métodos complementarios de diagnóstico, oxigenoterapia, hospital de día: 2 e • Resto de especialidades, incluidas las hospitalizaciones y las ambulancias: 2,5 e 	<ul style="list-style-type: none"> • ATS y servicios de alta frecuentación: 1 e • Medicina gral., pediatría y puericultura: 1 e • Sanitas 24 horas: 1 e • Ciclo de tratamiento respiratorio prescrito (oxigenoterapia, ventiloterapia, CPAP y aerosolterapia): 3 e • Ingresos hospitalarios: 4 e • Urgencias domiciliarias: 4 e • Urgencias hospitalarias: 4 e. Copago progresivo de 8 e a partir de la cuarta visita en cada trimestre. • Ambulancias: 4 e • Módulo de preparación al parto: 12 e • Psicología: 9 e • Resto de servicios: 3 e 	<ul style="list-style-type: none"> • Acto médico: 3,35 e • Determinación analítica: 0,52 e • Día de estancia en clínica: 3,5 e • Sesión de rehabilitación, oxígeno, logofoniatría: 0,52 e 	

* Padre, madre y dos hijos, niño y niña, de 45, 40, 10 y 4 años, respectivamente.

** Importe prefijado por acto médico que el Tomador y/o Asegurado asume por la utilización de los Servicios Sanitarios (también se le denomina "copago").

(1) No hace distinción entre sexos.

(2) La prima incluye un descuento del 10% por contratación familiar (4 o más personas).

(3) En la primera mensualidad aplican un 1'5% de recargo. Los precios del cuadro corresponden al recibo mensual neto.

(4) El límite de edad para contratar esta póliza es de 64 años. Para los mayores de esta edad, Sanitas ofrece la Póliza ORO.

(5) El límite de contratación es de 64 años.



SANIDAD PÚBLICA

- Tiene más medios humanos y técnicos.
- Mejor calidad médico-asistencial en caso de operaciones y partos de riesgo.
- En la atención primaria se llevan a cabo tareas de promoción y control de la salud y prevención de enfermedades, entre otras.
- Las prestaciones farmacéuticas son gratuitas para los pensionistas y para sus beneficiarios. Con carácter general, los trabajadores en activo abonan el 40% del coste de los medicamentos.
- No hay límite de edad para recibir asistencia.
- No hay periodos de carencia.