

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVOS .....	6
3. MARCO TEÓRICO .....	7
3.1. CARACTERÍSTICAS QUE AFECTAN AL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR DE SEGUROS DE SALUD .....	8
3.1.1. ESTÍMULOS DE MARKETING DE SEGUROS DE SALUD .....	8
3.1.2. OTROS FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR .....	18
4. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA SOBRE LA DEMANDA DE SEGUROS DE SALUD PRIVADOS .....	26
4.1. PUNTO DE PARTIDA .....	26
4.2. SANIDAD PRIVADA TRAS LA CRISIS SANITARIA .....	30
5. METODOLOGÍA .....	33
5.1. CUESTIONARIO .....	33
5.1.1. DISEÑO DEL CUESTIONARIO .....	33
5.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	37
6. CONCLUSIONES FINALES .....	43
7. VALORACIÓN PERSONAL .....	44
9. BIBLIOGRAFÍA .....	45
8. ANEXOS .....	49

## **1. INTRODUCCIÓN**

Tal y como explica Caballero (2018), el marketing reúne todas aquellas actividades que se centran en dar a conocer un producto o servicio tanto al cliente actual como a otros clientes potenciales, de ahí la importancia que tiene estudiar el comportamiento de compra de dichos consumidores, lo cual permitirá a las empresas determinar qué esfuerzos y recursos (económicos y personales) deben destinar al área de marketing si quieren alcanzar un buen posicionamiento en el mercado.

En esta línea, el siguiente trabajo va a tratar de analizar las características más importantes que afectan al comportamiento de compra de un consumidor específico: el consumidor del mercado de seguros de salud privados. Estos seguros, son definidos por Escayola (2017) como aquellos que proporcionan asistencia sanitaria a los asegurados, cuya contratación aumentó ya en los años previos a la pandemia, lo cual atribuye este autor al empeoramiento del sistema sanitario en el estado español.

Por eso, para poder estudiar dicho mercado, es necesario conocer el sistema sanitario en España y el contexto económico y social de España, para así concretar la forma en la que los usuarios pueden acceder al mercado sanitario privado, así como las motivaciones que llevan a estos individuos a contratar este tipo de seguros.

La protección de la salud constituye en España un derecho universal consagrado en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 y expresado así por el Ministerio de Sanidad (MS, 2021). Por este motivo, se ha construido un Sistema Nacional de Salud (SNS) caracterizado por la universalidad y la gratuidad de sus servicios (MS, 2012a). De hecho, el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud define dicho acceso en condiciones de equidad y de universalidad como un derecho primordial para toda persona, incluidas todas aquellas con nacionalidad española, además de las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

Según el Informe Anual del SNS 2020-2021 del Ministerio de Sanidad (MS, 2022a), un 96,5% de la población es atendida por el SNS y un 3,5% por entidades privadas, concertadas por las mutualidades de funcionarios. Sin embargo, pertenecer a una mutualidad no es la única manera de acceder a una cobertura sanitaria privada. Epstein y Jiménez-Rubio (2019) definen tres vías:

- Ser parte de una mutualidad de funcionarios.
- A través de un complemento salarial, lo cual depende del empleador y no es tan significativo a nivel de estudio.
- Contratar un seguro médico privado de forma duplicada.

Cabe destacar que, en ningún caso se produce una desvinculación total del SNS, pero la doble cobertura no será igual, ya que, en el caso de los mutualistas que hubieren elegido una provisión privada, éstos seguirán teniendo acceso a la sanidad pública pero solo para ciertos servicios, por ejemplo, las urgencias, tal y como recogen Bandrés y González (2015).

En este sentido, Sigüenza y Mariel (2015) expresan que precisamente esa doble cobertura ha suscitado un gran interés, porque efectivamente los ciudadanos, en mayor o menor medida, no pueden desvincularse del SNS y van a seguir contribuyendo al mismo, lo cual podría ser un desincentivo a la hora de decidir contratar un seguro de salud privado, sin embargo, hay otros factores como el descontento con el funcionamiento de la sanidad pública y la peor calidad de sus prestaciones que puede favorecer la aparición de una situación de duplicidad.

Por otro lado, hay que decir que no se produce una duplicidad total, ya que la cobertura pública no es completa, sino que hay ciertos servicios de atención especializada como el cuidado dental, que no están totalmente cubiertos y eso genera que los individuos tengan que recurrir al aseguramiento privado, aunque sea solo para esos asuntos concretos, tal y como muestra el Informe Health at a Glance 2021 elaborado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2021). Además, esta cobertura duplicada permite a los ciudadanos españoles poder acceder de forma más rápida a estos servicios sanitarios, añadido a la posibilidad de elegir entre diferentes proveedores.

En definitiva, y siguiendo la explicación de Epstein y Jiménez-Rubio (2019), los individuos contratantes de un seguro de salud privado no abandonan el SNS por completo, sino que la intención es precisamente tener un sistema dual, con el que poder utilizar el servicio privado para cuestiones de atención primaria y asistencia especializada, y el servicio público para otras intervenciones más importantes ya que la disponibilidad tecnológica es mayor y la capacitación médica es más importante.

## **2. OBJETIVOS**

La gran importancia que la mayoría de ciudadanos da al ámbito de la salud, sobre todo dentro de un Estado del Bienestar que se ha visto golpeado por sucesivas recesiones económicas y por una gran crisis sanitaria, ha hecho que la comercialización de seguros sanitarios esté en auge, lo cual lleva a plantear los siguientes objetivos:

1. Comparar el perfil socio-demográfico y económico del consumidor actual y del potencial de seguros de salud.
2. Conocer la satisfacción respecto a la sanidad pública.
3. Conocer los hábitos de consumo del consumidor de un seguro de salud privado.
4. Analizar la influencia que la COVID-19 ha podido tener sobre la percepción de aquellos que no cuentan a día de hoy con un seguro de salud privado en cuanto a una posible contratación del mismo.
5. Identificar las principales razones para contratar o llegar a contratar un seguro de salud privado.
6. Analizar las preferencias entre sanidad pública y privada según el tipo de servicio.

### **3. MARCO TEÓRICO**

De forma general, y siguiendo a Kotler et al. (2018), sabemos que hay un gran número de factores que influyen en el comportamiento de compra del consumidor, entre ellos: culturales, sociales, personales y psicológicos. Sin embargo, no todos ellos van a tener la misma influencia en el consumidor propio del mercado de seguros de salud privados, como veremos a lo largo del texto.

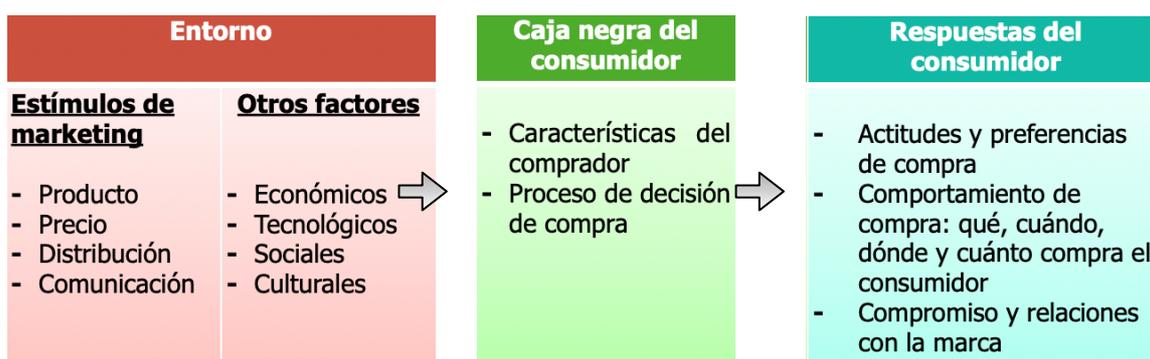
En primer lugar, para poder analizar el comportamiento de compra de nuestro consumidor, primero hemos de saber en qué consiste el comportamiento de compra y, para ello, utilizaremos la explicación dada por Kotler et al. (2018), según la cual el comportamiento de compra es la conducta de los consumidores finales (individuos y familias) que adquieren bienes y servicios para uso personal, formando así un mercado de consumo.

En segundo lugar, Kotler et al. (2018), no solo define de forma general el comportamiento de compra del consumidor, sino que va más allá y especifica que para poder comprender dicho comportamiento de compra, los especialistas en marketing deberán analizar la respuesta de los consumidores frente al marketing de las compañías, en nuestro caso las aseguradoras.

En este sentido, Kotler et al. (2018) determina que el punto de partida de dicho análisis es el planteamiento de un modelo de estímulo-respuesta, según el cual, el marketing (producto, precio, plaza y promoción) y otros factores (económicos, tecnológicos, sociales, culturales) entran en lo que se denomina "caja negra" del consumidor y a partir de ahí se generan las respuestas.

Y precisamente lo que deben hacer los especialistas en marketing según Kotler et al. (2018) es entender cómo todos esos estímulos se transforman en respuestas al pasar por la "caja negra", la cual está formada por dos partes que evidentemente influyen en la formación de dichas respuestas: las características del comprador y el proceso de decisión de compra.

### Ilustración 1. Modelo estímulo respuesta.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de Kotler et al. (2018)

Siguiendo este marco teórico, en los siguientes apartados se tratará de analizar, principalmente, los estímulos de marketing utilizados por parte de las compañías aseguradoras y las características propias del consumidor de este tipo de servicios.

## 3.1. CARACTERÍSTICAS QUE AFECTAN AL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR DE SEGUROS DE SALUD

### 3.1.1. ESTÍMULOS DE MARKETING MIX DE LOS SEGUROS DE SALUD

De acuerdo con Marcial (2021), la esencia del marketing consiste en planificar un **producto o servicio** que sea útil para el mercado de referencia elegido satisfaciendo así sus necesidades y para ello es necesario definir el **precio**, la forma de **distribución** y, por supuesto, el plan de **promoción** para la consiguiente difusión y adquisición, es decir, que el marketing mix se encarga de mezclar cuatro elementos (producto, precio, distribución y promoción) para llevar a cabo la oportuna estrategia de marketing.

- **Producto**

El estudio de Marcial (2021) destaca la importancia del producto, en nuestro caso servicio, como primer elemento del marketing mix frente a la promoción, la cual suele adquirir un papel más protagonista dentro del marketing, pues si bien ésta es esencial, lo cierto y verdad es que su finalidad se basa en transmitir al usuario la información relevante sobre los beneficios y utilidades del servicio, por lo que lo primero que debe pasar es que el producto exista y se planifique.

Por su parte, el concepto de producto es definido por Kotler et al. (2018) como "cualquier bien, no necesariamente tangible, que pueda ofrecerse en un mercado para su atención, adquisición uso o consumo, y que podría satisfacer un deseo o necesidad." En nuestro caso, se trata de un servicio que, siguiendo con las palabras del mencionado autor, no es más que una "forma de producto consistente en actividades, beneficios o satisfacciones que se ofrecen en venta y, siendo esencialmente intangibles, no tienen como resultado la propiedad de algo."

### Ilustración 2. Características generales de un servicio



**Fuente:** Kotler et al. (2018)

Ciñéndonos a nuestro objeto de estudio, según la legislación, el contrato de seguro es "aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas" (Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, Artículo 1).

En este caso, este trabajo se centra en el seguro médico privado de carácter asistencial, en el que, tal y como explica la Fundación Mapfre (s.f.), el asegurador se obliga a ofrecer una serie de prestaciones de servicios sanitarios, cuya finalidad es proteger al asegurado ante una posible alteración de su salud, por lo que es un seguro de carácter personal y, dicha cobertura asistencial médico-quirúrgica se prestará al asegurado a través de profesionales y centros concertados con la compañía.

Pues bien, en aras de acercarnos a las características de un seguro de salud privado, es importante tener en cuenta las palabras que, según Alarcos (2022), fueron pronunciadas por el Director General SegurCaixa Adeslas (s.f.), Javier Murillo, quien señaló que la actividad aseguradora cada vez se preocupa más por la efectividad, agilidad y calidad del servicio y, haciendo referencia a los seguros de salud, destacó que estos últimos cada vez apuestan más por la prevención y se preocupan más por el bienestar emocional de los asegurados, además de intentar aumentar el interés por la salud del conjunto de la sociedad.

Más concretamente, los principales componentes de un seguro de salud, según Sanitas (2021), serían resumidamente los siguientes:

- Asistencia primaria: Médico de cabecera, pediatría, o enfermería.
- Acceso a especialidades médicas: Posibilidad de acceder a cardiología, dermatología, traumatología, ginecología y muchos más.
- Realización de pruebas diagnósticas: Cualquier tipo de análisis clínico, ecografías, radiografías, resonancias, urología o análisis de orina, entre otros.
- Métodos terapéuticos: Tratamientos de rehabilitación muscular, oncológica o respiratoria, entre ellos.
- Intervenciones quirúrgicas (con o sin ingreso hospitalario).
- Hospitalización y urgencias.
- Servicio telefónico de urgencias y de asesoría médica.
- Posibilidad de gestiones online.

Y de la misma manera, Sanitas (2021) destaca que, por el contrario, existen ciertos aspectos que no son cubiertos por un seguro de salud, es decir, hay ciertas excepciones y límites, entre ellas:

- Enfermedades preexistentes o consecuencias de accidentes previos.
- Cualquier situación clínica que surja como consecuencia de conflictos bélicos, actos terroristas o accidentes laborales.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Trasplantes (excepto de médula ósea o córnea).
- Intervenciones estéticas.
- Cuando el asegurado cometa dolo o culpa grave, la compañía podrá rescindir el contrato mediante comunicación al tomador.

No obstante, dependiendo de la aseguradora y del tipo de póliza que se contrate las prestaciones incluidas en el servicio variarán. En España, según Noticias (2023), las tres principales aseguradoras en el año 2021, tomando como referencia la cuota de mercado, fueron Adeslas con un 29,2%, Sanitas con un 15,7% y Asisa con un 13,4%. Al visitar el portal web de cada una de ellas, se pueden observar todas las opciones que ofrecen las compañías, las cuales se pretenden adaptar a las peculiaridades y necesidades de cada consumidor.

Brevemente, Europapress (2022) clasifica los seguros de salud de la siguiente manera:

TIPO	PRESTACIONES
<b>Seguro médico básico</b>	Medicina primaria, especialistas y pruebas diagnósticas. No incluye hospitalización.
<b>Seguro médico completo con copagos</b>	Garantías hospitalarias y extrahospitalarias completas (medicina general, especialistas, pruebas diagnósticas, urgencias y hospitalización), a cambio de una prima reducida y una cuantía por cada servicio médico utilizado. El copago puede ser limitado, además de alto o bajo, según se contrate.
<b>Seguro médico completo sin copagos</b>	Garantías hospitalarias y extrahospitalarias completas, al igual que antes, pero esta vez únicamente a cambio de una prima más elevada, sin tener que pagar una cantidad cada vez que se use un servicio.
<b>Seguro médico con reembolso</b>	Cobertura completa + posibilidad de elegir entre cualquier médico u hospital del mundo y, en caso de escoger un médico u hospital de fuera de la compañía, el usuario abonará el pago por adelantado y, posteriormente, la aseguradora le reembolsará el 80% o 90%.

El usuario por su parte deberá elegir entre las distintas pólizas y compañías existentes y, para ello, SegurCaixa Adeslas (s.f.) indica que sería oportuno que éste se preocupase por dos aspectos: comprobar si el seguro de salud tiene o no período de carencia, que es aquel que tiene que esperar hasta poder acceder a alguna de sus prestaciones; y comparar los Cuadros Médicos de las diferentes compañías aseguradoras, ya que así podrá conocer “el listado médicos, de atención primaria o de especialistas, y los servicios de pruebas diagnósticas, y de urgencias con su respectiva ubicación geográfica”.

En cualquier caso, aunque pueda ser complicado definir de forma general las características de un seguro de salud, tal y como explica SegurCaixa Adeslas (s.f.), un buen seguro de salud privado debe brindar una atención diligente, cuidadosa y personalizada, concediendo al paciente el tiempo que necesite en la consulta, cosa que no siempre es así en la sanidad pública como veremos más adelante.

- **Precio**

Kotler et al. (2018) define el precio como la cantidad de dinero que se cobra por un producto o servicio y destaca la importancia del mismo en las decisiones de compra del consumidor, ya que, a diferencia de otros elementos como las características del producto o los canales de distribución, el precio presenta una mayor flexibilidad al poder modificarse con rapidez, por eso es importante que las empresas valoren detenidamente la estrategia de fijación de precios que se va a seguir porque éste es fundamental en la creación de valor para los consumidores y en las relaciones que se puedan establecer con los mismos.

Según el estudio de Fernández y Bajac (2018), como los clientes no pueden evaluar los servicios previa contratación, tal y como ya explicaba Kotler et al. (2018), en muchos casos aparece lo que denominan elasticidad invertida, que es cuando un aumento en el precio provoca un aumento en la demanda, lo cual sucede si los consumidores utilizan el precio como un indicador de la calidad. En este sentido, sostienen que, en servicios de gran envergadura como la salud, el aumento del precio podría ser favorable en la demanda.

Sin embargo, concluyen que los consumidores siempre preferirán utilizar otro tipo de información para valorar el servicio, como la que pueden obtener a través de la

comunicación boca a boca, de la publicidad o de la propia reputación de la marca, en cuyo caso el precio dejaría de tener relevancia.

En cualquier caso, según Generali (s.f.), el precio medio de una póliza se sitúa en torno a los 65 euros al mes, aunque es cierto que en la actualidad cada vez hay más ofertas de contratación de seguros a precios más asequibles, pero en estos casos es muy importante que el cliente se fije en las prestaciones incluidas en la póliza, las cuales pueden ser muy reducidas, o estar sujetas a copago.

Con respecto a esto último, el copago es una cantidad de dinero, a parte de la prima, que el consumidor deberá pagar para poder acceder a determinados servicios médicos, con la finalidad, según compañías como Asisa, de hacer un uso más racional de los servicios. Tal y como indica Seguros Médicos Privados (2023), el copago presenta una gran ventaja en términos económicos, ya que éste ayuda a reducir la prima y, dependiendo de si el copago es alto o bajo, dicha prima se verá más o menos reducida, respectivamente.

De cualquier forma, también se explica que la decisión respecto a la contratación del copago y el tipo del mismo dependerá de las posibilidades económicas del cliente, pero también de sus necesidades, ya que, si el usuario no acude con frecuencia al médico, probablemente le convenga un seguro con copagos, mientras que si lo hace frecuentemente entonces debería elegir un seguro sin copagos con una prima más alta, lo cual conlleva una cobertura completa.

Dejando a un lado el copago, cabe destacar que las compañías aseguradoras, como ya se dijo en el apartado anterior, no ofrecen un precio único al consumidor, sino diferentes tarifas para que el usuario pueda elegir, dentro de las posibilidades ofrecidas por el seguro, según su situación personal (p.ej., primas primas aumentan con cada salto en los tramos de edad), familiar y económica, es decir, han establecido lo que Kotler et al. (2018) denomina distintos "niveles de precios", que es una estrategia que muchas empresas han llevado a cabo tras la recesión de 2008 para poder abarcar diferentes segmentos de clientes.

En este sentido, tal y como expresa Alarcos (2022), la tecnología está permitiendo a las aseguradoras conocer mucho mejor al cliente para así personalizar las propuestas dirigidas al mismo, lo cual provoca que cada asegurado asuma un precio según su

propio riesgo, lo cual puede parecer justo, pero a la vez, si se llevara al extremo, podría suponer la exclusión de muchos usuarios y se estaría rompiendo un principio básico del seguro, la mutualización del riesgo a todo el colectivo. Para este autor, la clave estaría en encontrar el equilibrio entre esto último y la equidad.

Por último, respecto a la evolución de los precios, por parte de Asisa (s.f.), ésta ha explicado que se estaría produciendo un aumento generalizado de las primas como consecuencia de un incremento de los costes de los servicios sanitarios, lo cual se debería al aumento de la demanda sanitaria por parte de la población; el excesivo uso de pruebas diagnósticas de alta tecnología; la constante inversión en I+D; y a la mayor apuesta por la medicina preventiva.

Se puede confirmar que efectivamente el precio de los seguros médicos está aumentando a nivel mundial y se está situando en niveles por encima de lo previsto, incluso en Europa, región que tradicionalmente ha estado marcada por niveles mucho más bajos en el pasado, lo cual se debería al incremento de los costes sanitarios y a la inflación, con la correspondiente subida de los gastos médicos (El encarecimiento de la salud y otras tendencias médicas que marcarán 2023, s. f.). Y, además, según las aseguradoras entrevistadas por WTW, entre las principales causas de este incremento de precios, se sitúan:

- El uso excesivo de la asistencia sanitaria.
- Los malos hábitos de salud.
- Y la infrautilización de los seguros preventivos, en parte por la menor atención médica durante la pandemia.

- **Distribución**

Acorde a Kotler et al. (2018), el canal de distribución permite poner a disposición del cliente el producto o servicio en cuestión y es importante destacar que todas las decisiones que afecten a este elemento del marketing mix deberán ser tomadas con mucha cautela, ya que suelen suponer el establecimiento de compromisos a largo plazo, sin que se pueda cambiar de un día para otro la forma de distribución, según sean las condiciones del mercado.

De acuerdo con el artículo 134.1 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, las clases de distribuidores de seguros son: las entidades aseguradoras; los mediadores de seguros; y los mediadores de seguros complementarios.

Por su parte, Escayola (2017), teniendo en cuenta esta clasificación, destaca las dos principales vías de distribución: seguro directo o autocontratación; y los mediadores (agente o corredor), dejando a un lado otras posibles formas menos relevantes.

Por un lado, Allianz (s.f.) define el seguro directo como aquel que usa un modelo de gestión basado en el trato directo con el cliente, sin la intervención de mediadores, es decir, que es el propio cliente el que realiza directamente las gestiones con la compañía, ya sea a través del teléfono, internet u otros medios de comunicación.

Por otro lado, según se interpreta del artículo 135 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, existen dos principales tipos de mediadores de seguros:

- Los agentes, que son una figura mercantil, persona física o jurídica, pueden ser exclusivos o vinculados en función si están autorizados a trabajar con una sola compañía o con varias compañías, con la autorización de las restantes. Las entidades aseguradoras son responsables de sus actuaciones, de su honorabilidad y formación. Su venta suele ser informada (Alarcos, 2022, 43).
- Y los corredores, que son una figura mercantil, persona física o jurídica, trabajan con dos o con varias compañías. Los requisitos para ser corredor son más exigentes que en el caso de los agentes, ya que tienen que poseer una titulación oficial y tener suscrito una póliza de responsabilidad civil, ante reclamaciones de los clientes y tienen que inscribirse ante la DGSFP. Su venta es asesorada, esto quiere decir que su tipo de venta es motivada, tienen que asesorar a los clientes en el proceso de venta (Alarcos, 2022, 43).

Además, según se extrae del apartado 4 del artículo mencionado, también hay un tercer tipo: los operadores de banca-seguros, que son definidos por Escayola (2017) como aquellos "expertos que desarrollan la actividad aseguradora a través de las redes de distribución de las entidades de crédito y también pueden ser exclusivos o vinculados".

En cualquier caso, como bien expresa Alarcos (2022), la Unión Europea a través de su Directiva UE 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo (IDD o Insurance Distribution Directive) ha querido armonizar la distribución de seguros, garantizar la igualdad entre distribuidores de seguros y, sobre todo, proteger los intereses de los asegurados, incrementando la transparencia en los procesos de venta de seguros. Y para que esta armonización fuera efectiva en España, se traspuso la mencionada directiva a través de la publicación del Real Decreto 287/2021, de 20 de abril, sobre formación y remisión de la información estadístico-contable de los distribuidores de seguros y reaseguros.

- **Promoción**

De acuerdo con Kotler et al. (2018), este elemento del marketing mix es una "combinación de publicidad, relaciones públicas, ventas personales, promoción de ventas y herramientas de marketing directo y digital" utilizada por las empresas para poder informar de forma persuasiva a los clientes sobre los atributos y el valor del producto y entablar relaciones con ellos.

Según Escayola (2017), esta publicidad y marketing informarán a los clientes sobre los productos presentes y futuros de la compañía aseguradora, conformando así la principal vía de comunicación con los clientes, tanto actuales como potenciales, de la oferta presente y futura de los productos aseguradores y, aunque estos elementos no son significativos en lo que se refiere a calidad percibida del servicio, sí que son importantes para la imagen corporativa, el desarrollo del negocio y la supervivencia en general de la compañía aseguradora.

En nuestro caso, como el seguro de salud es un servicio, tal y como se ha expresado anteriormente, se va a desarrollar un marketing de servicios en el que, según Kotler et al. (2018), la clave está en conseguir hacer lo más tangible posible dicho servicio para poder informar correctamente sobre sus características y su calidad, y así conseguir diferenciarse de la competencia. Precisamente este autor usa como ejemplo una clínica de salud privada, ya que entiende que en esta materia es muy difícil que los usuarios puedan valorar bien la calidad del producto porque éste es muy complejo y no se puede probar previamente a la compra.

Independientemente de lo anterior, lo que está claro para Kotler et al. (2018) es que al encontrarnos en plena era digital, los recursos digitales van a ser un pilar fundamental para las empresas, las cuales van a poder llegar a sus consumidores a través de sitios webs, Twitter, Facebook, anuncios y vídeos en Youtube, correos electrónicos e incluso aplicaciones móviles. Y precisamente todo esto, va a favorecer que el cliente esté mejor informado, además de facilitar una comunicación activa con el cliente, la cual no siempre es la mejor en el sector asegurador y puede mejorar la percepción del cliente en cuanto a la calidad global del servicio ofrecido en el sector asegurador, según Escayola (2017).

En cualquier caso, todas estas herramientas serán utilizadas por las compañías para desarrollar sus respectivas estrategias de comunicación, las cuales van a tener distintos enfoques, según lo que se quiera transmitir el cliente, actual o potencial como ya se ha dicho. A continuación, se analizarán brevemente los enfoques publicitarios escogidos más recientemente por las principales aseguradoras del mercado:

- En el caso de Adeslas, su lema de campaña actual es "Cuando tu mundo se para, Adeslas está" que, según explica, quiere mostrar un compromiso total con el cliente "basado en la cercanía, el acompañamiento continuo y la calidad de servicio, bien sea de forma presencial o a distancia con los servicios de salud digital" (Nueva campaña de adeslas en tv | SegurCaixa Adeslas, s. f.).
- En segundo lugar, tal y como expresa Digital (2022), Sanitas ha apostado recientemente por una campaña enfocada en la salud mental, bajo el lema "Cuida tu mente", que es un tema cada vez, menos tabú en la sociedad, acompañado de un enfoque basado en la tecnología e innovación en la medicina, ya que la compañía ha desarrollado un servicio digital con el que pretende que el cuidado emocional sea primordial.
- Por último, la campaña mostrada en Asisa (2022) se ha articulado en base a un concepto "Mejor Así. ASISA", el cual pretende tener un tono positivo y optimista para alejar al usuario del clima de incertidumbre provocado por las continuas malas noticias, además de dejar clara la capacidad de la compañía para atender a todas las demandas y necesidades por parte de los asegurados. Además, la compañía dice que también quiere hacer ver que la innovación y el desarrollo son una pieza fundamental.

En definitiva, todas estas estrategias parecen seguir la línea del marketing experimental, el cual cada vez es más común en el sector asegurador, según el artículo de investigación de Villalobos & Vergara (2017), en el que se expone cómo las aseguradoras centran sus estrategias en las emociones de los clientes, es decir, tratan de llegar a la fibra sensible de los mismos, para así poder crear una conexión entre la compañía y los consumidores.

### **3.1.2. OTROS FACTORES Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR**

- **Factores culturales**

- **Cultura**

A este factor Kotler et al. (2018) le da una gran importancia ya que lo define como el origen básico de los deseos y el comportamiento de una persona.

Y en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, lejos de ser insignificante, efectivamente la cultura tendrá su correspondiente influencia sobre el comportamiento de los consumidores de seguros de salud, tal y como explica Marieke de Mooij (2019). Según esta autora dedicada al marketing internacional, en Europa, a parte del PIB que es la variable que más influye en la decisión de contratar un seguro de salud privado, también hay ciertas dimensiones culturales que provocan un mayor consumo de este tipo de servicio: el individualismo, la masculinidad y el mayor rechazo a la incertidumbre.

En este sentido, en las sociedades más individualistas se espera que los individuos cuiden de ellos mismos y, en todo caso, de su familia más cercana, mientras que en las que se caracterizan por ser más colectivas las personas desde que nacen están integradas sólidamente en un grupo, a veces muy extenso, en el que no se concibe otra idea que no sea cuidarse los unos a los otros con total lealtad, tal y como expresa Hofstede (1994).

Por otro lado, las culturas con mayor tendencia femenina se caracterizan por tener como valores dominantes la reciprocidad y el cuidado hacia los demás, como explica

Pick & Eisend (2016), a diferencia de aquellas con un toque más masculino, en las que según Leung et al. (2005), las características principales son el logro y el desempeño.

Por último, hay culturas que presentan un mayor rechazo a la incertidumbre cuyos individuos tienden a sentirse preocupados frente a situaciones inciertas, tal y como expresa Hofstede et al. (2010), es decir, prefieren tener el mayor control posible sobre todas las situaciones que puedan ocurrir a lo largo de su vida.

#### **- Clase social**

Dentro de los factores culturales importantes para la actividad de marketing, Kotler et al. (2018) también destaca las clases sociales, ya que éstas forman divisiones relativamente permanentes cuyos miembros comparten valores, intereses y conductas similares, por lo que suelen mostrar un comportamiento de compra parecido.

Además, Kotler et al. (2018) también hace un apunte importante, y es que la clase social no solo viene determinada por los ingresos, sino también por otros elementos como la ocupación, el nivel educativo o la riqueza.

En este sentido, algunos trabajos como el de Sigüenza y Mariel (2015) se han dedicado a analizar la demanda del seguro médico privado, centrándose concretamente en algunos factores que influyen en la misma, entre ellos la clase social. Su investigación revela que la clase social presenta una influencia positiva sobre la demanda de seguros de salud privados, es decir, que cuanto mejor posición social tenga el individuo, mayor será el consumo que el mismo realice de este tipo de servicios.

Pero eso no es todo, pues Sigüenza y Mariel (2015) van un paso más allá y relacionan también de forma positiva el pertenecer a una mejor clase social con la mayor probabilidad de experimentar un contratiempo de salud, basándose en el estudio de Vera-Hernández (1999), según el cual los individuos de diferentes clases sociales tienden a estar expuestos a situaciones medioambientales distintas.

Además, en línea con lo establecido por Vera-Hernández (1999), la imagen social también juega un papel importante en relación a la clase social, ya que los individuos pertenecientes a clases sociales más altas van a querer ofrecer una imagen social acorde a su estatus social, el cual es definido por Kotler et al. (2018) como el valor

general que la sociedad asigna a ese individuo. En este sentido, tener la capacidad de contratar un seguro de salud privado, el cual se supone que va ofrecer un servicio sanitario más rápido y con mejores prestaciones, mejora precisamente dicha imagen social.

Por un lado, según muestran los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad (MS, 2022b) (Véase Anexo 1), la preferencia por un servicio sanitario privado tiende a ser más elevada cuando la clase social es alta y media alta, aunque es cierto que ésta varía según el tipo de consulta. Concretamente, la mayor diferencia se da entre la clase trabajadora u obrera, también denominada proletariado y la clase alta y media alta, lo cual confirmaría todo lo expuesto por los autores anteriores. Sin embargo, se observa un curioso efecto en la clase baja/pobre, en la que la preferencia por la sanidad privada no es la más baja.

En cualquier caso, una cosa son las preferencias de los consumidores y otra lo que ocurre en la realidad, por eso, el MS (2022b) ha obtenido además otros datos (Véase Anexo 2), según los cuales, durante los últimos doce meses, la población que más ha acudido a la sanidad privada para consultas de medicina general es la perteneciente a la clase alta y media alta.

- **Factores personales**

- **Formación**

De nuevo, el MS (2022b) ofrece más datos sobre las preferencias individuales entre sanidad pública o privada (Véase Anexo 4), ahora en relación a la formación. Según este informe, el nivel de estudios sí influye en las preferencias por la sanidad privada y la sanidad pública ya que, se puede decir que, con carácter general, existe una tendencia generalizada a que las personas con más formación muestren mayor preferencia por la sanidad privada, y viceversa.

Además, como ya se dijo en el apartado dedicado a la clase social, las preferencias pueden distar o no de la conducta que luego presente el individuo, sin embargo, observando los datos ofrecidos por otra encuesta del MS (2022b) (Véase Anexo 3), efectivamente se confirma que aquellos con una mayor formación han acudido en

mayor proporción que los que tienen menor nivel de estudios a una consulta privada de medicina general en los últimos 12 meses.

Sigüenza y Mariel (2015) han podido comprobar que efectivamente el nivel de estudios tiene un efecto positivo sobre la demanda de seguros de salud privados. Para explicar esta afirmación, se sustentan en las palabras de González (1995), según el cual aquellos individuos con un nivel de estudios más elevado pueden tener más información y mayor capacidad para gestionarla, lo cual provoca que, al unirse ambas cosas, el individuo aumenta su grado de exigencia con respecto a la demanda de un bien o servicio, en este caso los seguros de salud privados.

En este sentido, Sigüenza y Mariel (2015) indican que normalmente los servicios ofrecidos por la sanidad pública no cumplen con dichas expectativas generadas por los niveles de exigencia propios de estos individuos, sobre todo en lo que se refiere a las comodidades, la atención sanitaria y la hospitalización, lo cual consideran estos autores que puede llegar a ser la causa de que la probabilidad de contratar seguros de salud privados sea mayor en este tipo de personas.

Por otro lado, se encuentra el estudio elaborado por Paccagnella et al. (2013) que, al igual que los autores previamente mencionados, también confirma que el nivel educativo de los individuos en España es un determinante con efecto positivo sobre el aseguramiento privado en materia de salud, lo cual podría justificarse en base a las contribuciones de Fang et al. (2008), Chatterjee y Nielsen (2010) y Buchmueller et al. (2011), según las cuales estos individuos tendrían mayor capacidad para hacer un análisis de coste-beneficio sobre la contratación de los seguros de salud, además de evaluar mejor los posibles riesgos de salud.

#### **- Ocupación**

Por otro lado, según Kotler et al. (2018), la ocupación o trabajo de una persona también ejerce influencia sobre la decisión de comprar o no ciertos bienes y servicios.

En primer lugar, el Informe sobre el Seguro en los Hogares Españoles de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA, 2020) muestra que la ocupación de los miembros de la unidad familiar es un factor que favorece la contratación de pólizas en general. Y más concretamente, para el mercado de los

seguros de salud privados, Sigüenza y Mariel (2015) destacan la importancia de la cualificación laboral, ya que un mayor nivel de la misma ejercerá una influencia positiva sobre la demanda de estos servicios.

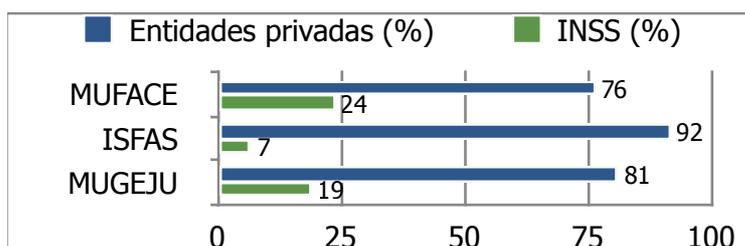
Además, destacan el papel del tipo de ocupación, es decir, no solo influye positivamente sobre la demanda de seguros de salud privados la cualificación laboral, sino también el tipo de trabajo del individuo, y más concretamente destaca el caso de los autónomos. Los autónomos valoran mucho más el tiempo, por lo que prefieren pagar la prima correspondiente a estos seguros antes que tener que afrontar los tiempos de espera de la sanidad pública.

Por otro lado, la ocupación no es solo importante a nivel individual, sino que también es interesante analizar la ocupación de los miembros del hogar, tal y como hace la UNESPA (2020), según el cual, la correlación existente entre dicha ocupación y la contratación de seguros de salud es evidente (Véase Anexo 7).

Por último, cabe hacer referencia al caso especial de los funcionarios, ya que, tal y como recogen Epstein y Jiménez-Rubio (2019), en España existen fundamentalmente tres maneras de poder ser cliente de un seguro de salud privado y una de ellas, como se ha dicho al inicio, es a través de una mutualidad de funcionarios, la cual les permite elegir la vía privada sin que esto suponga ningún coste adicional para ellos, simplemente por el trabajo que estos individuos desempeñan.

Las tres mutualidades de funcionarios que forman el "Mutualismo Administrativo" en España son la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado de España (Muface), en la que más del 90% de los nuevos mutualistas proceden de cuerpos docentes (Ministerio de Hacienda y Función Pública [MHFP], 2021); la Mutualidad General Judicial (MUGEJU); y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

### Ilustración 3. Preferencias de los mutualistas entre sanidad privada o pública (2020)



**Fuente:** <https://www.newtral.es/mutualidades-prefieren-sanidad-concertada/20211208/>

A este respecto, cabe señalar algo muy importante y es que no solo ellos tienen la posibilidad de acceder a este servicio, sino también sus beneficiarios, que son los familiares o asimilados a cargo del mutualista dado de alta que deberán cumplir una serie de requisitos, tal y como explica la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).

#### - Edad y etapa en el ciclo de vida

Siguiendo las palabras de Kotler et al. (2018), la edad va marcando las decisiones de compra de los consumidores a lo largo de su vida, ya que los gustos van cambiando y esto hace que se vayan adquiriendo bienes y servicios diferentes.

Además, la edad está relacionada con la etapa en el ciclo de vida, la cual, según Kotler et al. (2018) va cambiando por eventos demográficos y cambios de vida motivados por el matrimonio, nacimiento de hijos, compra de una casa, jubilación, entre otros.

Según un informe elaborado por la UNESPA (2020) sobre el seguro en los hogares españoles, el aseguramiento general tiende a ser más elevado en aquellos hogares en los que viven parejas con hijos y, por contra, tiende a ser más bajo en aquellos donde habita una sola persona menor de 30 años.

En este sentido y ciñéndonos a nuestro mercado de seguros de salud privados, según los datos aportados por el informe (Véase Anexo 5) se puede afirmar que el aseguramiento en materia de salud está estrechamente vinculado a aquellos hogares formados por parejas y sus correspondientes hijos menores de edad, lo cual se debería, según se explica en dicho informe, a las necesidades que surgen en materia de natalidad y pediatría.

Además, también se observa (Véase Anexo 5) que el nivel de contratación en personas de 65 años o más es el segundo más bajo después de las personas menores de 30 y sin hijos, lo cual podría deberse, según Sigüenza y Mariel (2015), a las primas tan altas que las compañías aseguradoras imponen a las personas más mayores.

### **- Situación económica**

En lo que se refiere a la situación económica, Kotler et al. (2018) explica que se tendrán en cuenta sobre todo los ingresos personales, pero también la tendencia de gasto, ahorro y tasas de interés.

Por un lado, tal y como exponen Sigüenza y Mariel (2015), la persona deberá tener ingresos suficientes para poder contratar este tipo de servicios y, más en un país como España, en el que, aunque se decida contratar un seguro de salud privado, se deberá seguir contribuyendo a través de los impuestos a la sanidad pública. En concordancia con lo anterior, Sigüenza y Mariel (2015) sostienen que la situación económica es uno de los factores socio-económicos más importantes con influencia positiva sobre la demanda del seguro médico privado.

En este sentido, otras autoras como Tavares (2020) y Marieke de Mooij (2019) explican que, de forma general, efectivamente el nivel de ingresos en los diferentes países europeos, entre ellos España, afecta de forma positiva a la demanda de seguros de salud privados.

Por otro lado, la investigación de Paccagnella et al. (2013) también destaca que no solo la mayor capacidad económica del individuo hace que la probabilidad de contratar seguros sanitarios privados sea más elevada en países como España, sino también la capacidad económica de la familia en su conjunto, lo cual es confirmado por la UNESPA (2020), que observa perfectamente que cuanto más elevados sean los ingresos del hogar, mayor será el aseguramiento privado en materia de salud (Véase Anexo 6).

De hecho, el estudio de Sigüenza y Mariel (2015) ha podido comprobar que la probabilidad de contratar un seguro médico privado es mayor para las amas de casa que residen en un hogar con ingresos mensuales altos.

## **- Estilo de vida**

Para Kotler et al. (2018), el estilo de vida es el patrón de vida de una persona, es decir, la forma en la que el individuo participa en el mundo e interactúa con él, por ejemplo, a través de las actividades que éste realiza.

A parte de todos los factores socioeconómicos y demográficos, Sigüenza y Mariel (2015) mencionan de forma indirecta este factor cuando explican la influencia significativa de la actividad física del individuo sobre la demanda de los seguros de salud privados.

Para hacer un análisis más concreto, Sigüenza y Mariel (2015) dividen la actividad física en dos: aquella que el individuo realiza en su tiempo libre y la propia actividad física que el individuo presenta en su día a día, por ejemplo, cuando trabaja o estudia.

Por un lado, del análisis se extrae que la actividad física realizada en el tiempo libre del individuo tiene un efecto positivo sobre la demanda de seguros de salud porque los individuos que practican deporte lo hacen para tener una buena salud física y mental, es decir, que valoran más lo que Sigüenza y Mariel (2015) denominan medicina preventiva.

Por otro lado, si un individuo apenas realiza esfuerzos físicos en su rutina habitual, la probabilidad de que haya un cambio brusco en su salud (p.ej. un accidente) será menor, por eso, tal y como indican Sigüenza y Mariel (2015), ese tipo de individuo contratará menos un seguro de salud privado.

Además, en esta misma línea, Tavares (2020) expone que en países como España, los individuos más arriesgados, que son aquellos que asumen más riesgos en su día a día, presentan una mayor probabilidad de contratar seguros de salud privados.

## **4. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA SOBRE LA DEMANDA DE SEGUROS DE SALUD PRIVADOS.**

### **4.1. PUNTO DE PARTIDA**

El COVID-19 apareció en nuestras vidas, al menos de forma consciente, en el año 2020 y las consecuencias que esta enfermedad ha provocado se siguen sintiendo hasta el día de hoy, ya que fue un suceso que paralizó por completo la vida de ciudadanos y empresas y, sobre todo, puso al límite a los diferentes sistemas sanitarios.

Sin embargo, para poder conocer los efectos de la pandemia, es necesario saber que éstos se han sumado a los ya ocasionados por la recesión económica que se inició en 2008, tal y como establece el Ministerio de Sanidad (MS, 2020).

A consecuencia de la crisis de 2008, el Gobierno español tomó un camino de austeridad para reducir el gasto público, en el que una de las medidas fue la de recortar las partidas presupuestarias destinadas a sanidad, como así lo recogen Cortès-Franch y González (2014) y Gallo y Gené-Badia (2013). Aunque, Bandrés y González (2015) señalan que el recorte sanitario no se llevó a cabo de forma drástica, sino que al principio (2010-2011) las medidas estaban más enfocadas a una contención, mientras que en los siguientes años ya sí se produjo una fuerte reducción.

Según Epstein y Jiménez-Rubio (2019), de 2004 a 2009, el SNS se caracterizó por experimentar diversos cambios, entre ellos el aumento de financiación y la descentralización de la gestión, la cual pasó a las Comunidades Autónomas y, durante dicho periodo, los usuarios del SNS se mostraron especialmente satisfechos con el mismo. Sin embargo, de forma paralela, la contratación de seguros de salud privados fue creciendo (OECD, 2017) y ya en el año 2010, cuando se empezaron a notar los recortes (MS, 2012b), se empezó a reducir la satisfacción de los usuarios con la sanidad pública (Tena, 2012).

Es decir, como consecuencia de estos recortes, se generó un deterioro en la percepción que tenía la población sobre el funcionamiento y la calidad de algunas áreas del SNS, y esto ha tenido su correspondiente efecto sobre el mercado de seguros de salud privados, tal y como explican Sigüenza y Mariel (2015).

Según estos autores, la calidad puede ser entendida de forma subjetiva o de forma objetiva, estando la primera asociada a las percepciones subjetivas del individuo, mientras que la segunda se refiere a datos objetivos como el tiempo espera, número de camas hospitalarias o número de pacientes por sanitario.

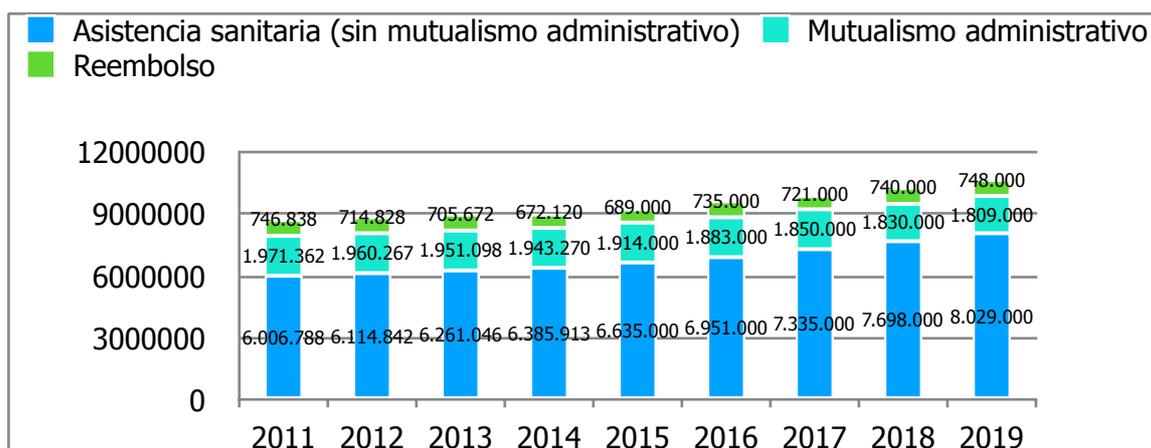
En este sentido, Jofre (2000) llegó a la conclusión de que, efectivamente, cuando el tiempo de espera en la sanidad pública era muy elevado, los individuos con peor salud se veían obligados a acudir al sector privado. Y de la misma manera, pero con efecto contrario, al producirse este traspaso de pacientes al sector privado, esto reducía necesariamente los tiempos de espera en el sector público y atraía de nuevo a otros pacientes a la sanidad pública donde se volvían a producir aglomeraciones, que es lo que Sigüenza y Mariel (2015) llaman efecto crowd out.

Además, otros autores como Calero y Gallarza (2011) califican las listas de espera como un problema en el SNS que provoca que los individuos contraten más seguros de salud privados. Es decir, que en general, la probabilidad de contratar un seguro de salud privado es mayor cuando la calidad de la sanidad pública se encuentra más resentida, situación que se producirá sobre todo durante las etapas de recesión que es cuando se ha tendido a reducir el gasto en esta materia, tal y como recogen Artabe y Sigüenza (2019).

De esta forma, la proporción de población cubierta por un seguro de salud privado se duplicó (de un 7,6% a un 15,7%) desde el año 2001 hasta el año 2015, y todo esto pese a que la población española fuese una de las más saludables del mundo (OECD, 2017) e independientemente de que las encuestas hayan mostrado un alto nivel de satisfacción pública respecto al sistema sanitario (MS, 2012a).

Es más, en la siguiente gráfica se puede observar que desde el año 2011 hasta el 2019, año previo a la pandemia, se produjo un aumento en el número total de asegurados, lo cual ha venido motivado principalmente por el aumento de la asistencia sanitaria sin mutualismo administrativo, que es la que no tiene en cuenta a los funcionarios.

#### Ilustración 4. Evolución de los seguros de salud (2011-2019)



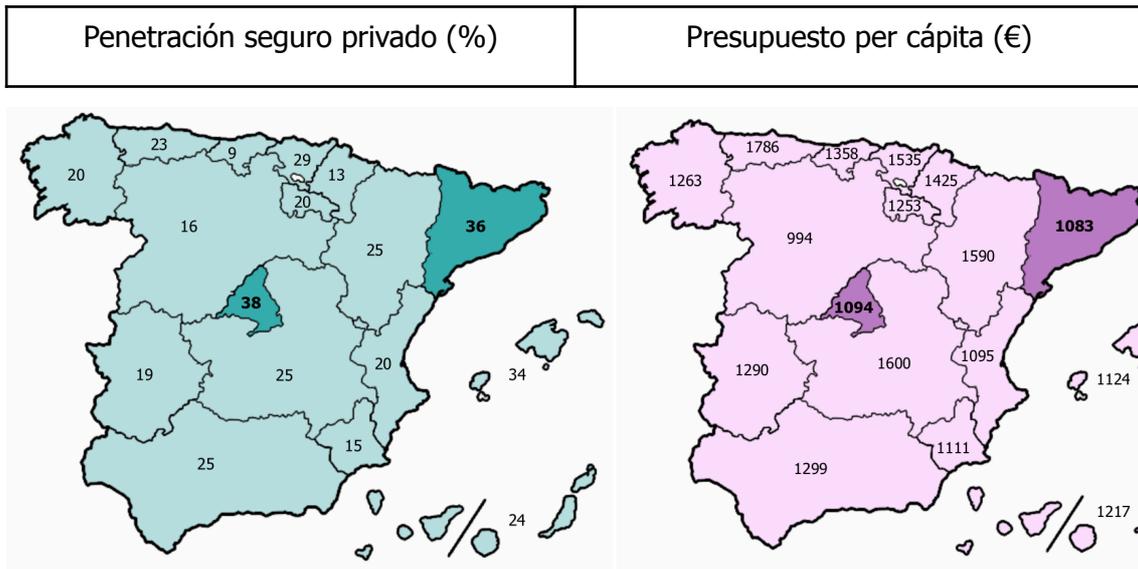
**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de ICEA.

Por otro lado, según el análisis de Bandrés y González (2015), aunque es cierto que la mayor parte de los recortes en gasto sanitario fueron consecuencia de decisiones del Gobierno central ante el urgente ajuste fiscal, también es verdad que las comunidades con mayores niveles de déficit tuvieron que llevar a cabo ajustes más duros, es decir, que cada una de ellas tomó su propio camino de restricción del gasto.

En este sentido, el Informe Estamos Seguros (UNESPA, 2018) observa que existen tres comunidades autónomas donde la penetración del seguro de salud es superior: Madrid, Cataluña y Baleares, a diferencia de otras regiones como Cantabria y Murcia donde la elección de estos seguros es menos frecuente. Y de la misma manera, en el Informe Estamos Seguros (UNESPA, 2019) se puede observar que las CCAA en las que más hogares contratan seguros de salud son las Islas Baleares, Cataluña y Madrid (Véase Anexo 8).

Esto es observado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS, 2020a), el cual muestra esta diferente penetración del seguro privado en las CCAA y el presupuesto sanitario público per cápita que, pese a no existir una correlación estadística entre ambos, sí se observa, al igual que en años anteriores, que ciertas CCAA con una mayor penetración del seguro privado, como Madrid y Cataluña disponen de un menor presupuesto sanitario público per cápita.

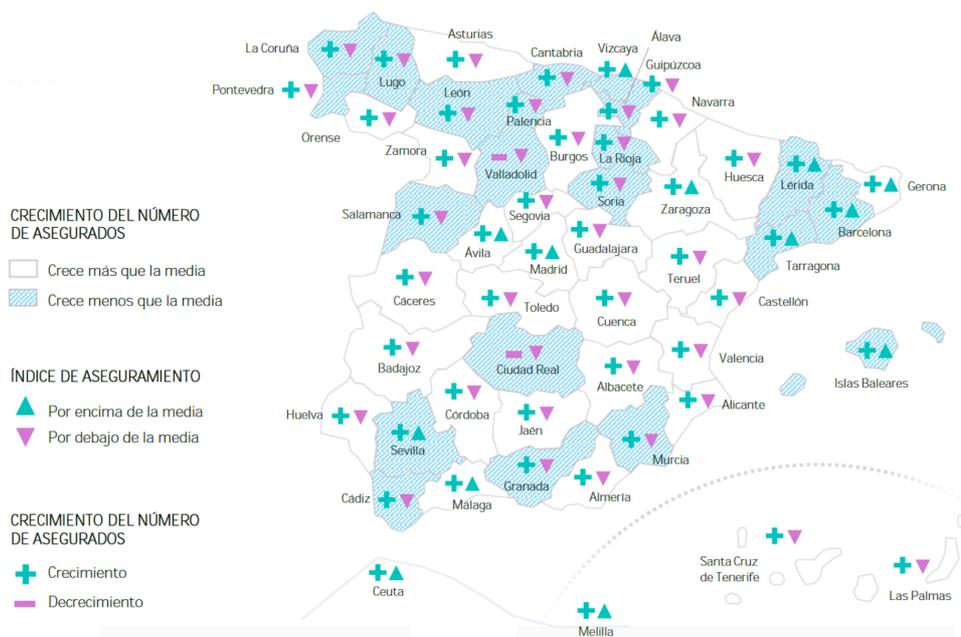
### Ilustración 5. Estimación de la penetración estimada del seguro privado y presupuesto sanitario público per cápita (2019)



**Fuente:** Elaboración propia a partir de IDIS (2020a).

Además, a nivel provincial, el número de asegurados creció en todas las provincias españolas en el año 2018, excepto en Valladolid y Ciudad Real, tal y como se puede observar en el siguiente mapa.

### Ilustración 6. Evolución por provincias del nº de asegurados en asistencia sanitaria (2018)



**Fuente:** IDIS (2020a).

En definitiva, independientemente de las diferencias territoriales, se puede concluir que ya en los años previos a la pandemia el sector sanitario privado se posicionaba como un aliado imprescindible del sistema público de salud, ya que permite descongestionar el SNS disminuyendo las listas de espera, generar ahorro y mejorar el acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria, es decir, incrementar la calidad del sistema sanitario en general (IDIS, 2019).

#### **4.2. SANIDAD PRIVADA TRAS LA CRISIS SANITARIA**

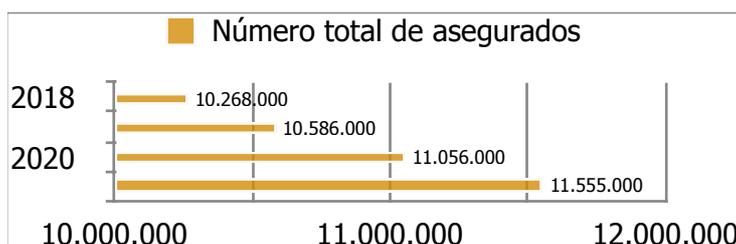
Dejando a un lado el contexto económico, lo cierto y verdad es que desde el siglo XIX, se han producido diferentes procesos infecciosos, entre ellos, la llamada gripe española de principios del siglo pasado, el virus de la Inmunodeficiencia Humana que brotó en los años 80, además del Ébola y la gripe A, que surgieron ya en el siglo XXI, hasta llegar al presente que se ha visto azotado por la pandemia de COVID-19.

Es decir, que lejos de dejar de producirse, diversas enfermedades se han ido sucediendo de forma encadenada y, ya con la COVID-19, ha quedado claro que el modelo sanitario español debe ser mejorado y que la cooperación entre sanidad privada y pública es necesaria para poder poner a disposición de los ciudadanos todos los recursos posibles y así satisfacer sus necesidades, lo cual cada vez es más complicado por la alta demanda asistencial, la constante innovación y todos los costes que eso conlleva (IDIS, 2020b).

Por este motivo, desde la declaración de la pandemia, el sector privado no dudó en ponerse a disposición de las administraciones públicas para colaborar en todo lo que fuera necesario en aras de reducir el impacto de la pandemia, ya que si todos los pacientes hubieran acudido al sector público se hubiera producido un total colapso.

Además, en cuanto al sector asegurador, el IDIS (2020b) confirma que efectivamente las aseguradoras también mostraron un gran compromiso asumiendo la cobertura asistencial de los asegurados en todo momento y, en lo que se refiere a los profesionales sanitarios de la sanidad pública y privada, más de 100 aseguradoras constituyeron un fondo económico para protegerlos a ellos y sus familiares, lo cual hizo que se diera lugar a la mayor póliza de carácter colectivo suscrita hasta el momento en España dirigida a aquellos que se han participado directamente en la lucha contra el virus.

### Ilustración 7. Crecimiento del nº total de asegurados en España en los últimos años



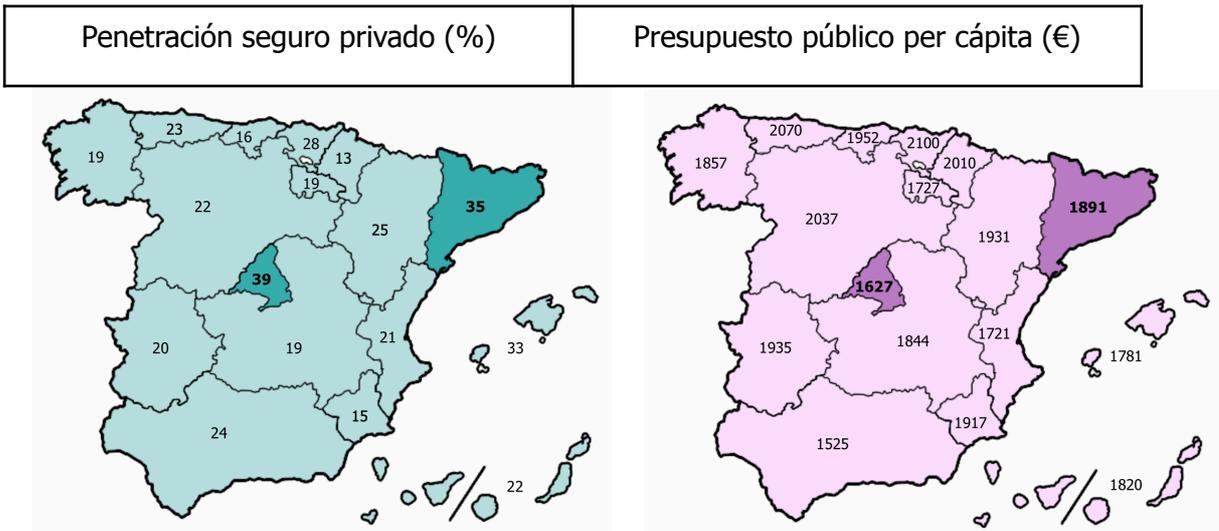
**Fuente:** Elaboración propia a partir de IDIS

El crecimiento observable en la gráfica anterior, también se puede ver claramente al analizar la Compound Annual Growth Rate (CAGR) o tasa de crecimiento anual compuesta, la cual muestra la evolución de un indicador concreto, en este caso el nivel de asegurados, respecto del nivel de años anteriores: del año 2018 al año 2019 se produjo un crecimiento del 3'1%, mientras que el período de 2019 a 2020 supuso un mayor crecimiento, concretamente del 4'4%, y esta tendencia al alza continuó ya que de 2020 a 2021 la variación fue del 4'5% (IDIS, 2020, 2021 y 2022).

De hecho, tal y como comprueba Alarcos (2022) en su investigación, en medio del decrecimiento acumulado en 2021 respecto de 2019 del mercado asegurador en su conjunto, destaca el aumento significativo en porcentaje y volumen de la rama de Salud.

Por otro lado, las siguientes imágenes revelan por un lado que Madrid y Cataluña siguen siendo las CCAA líderes en penetración del seguro privado, seguidas de las Islas Baleares y, al igual que antes, las regiones con menor penetración del seguro de salud privado tienden a contar con un presupuesto sanitario público per cápita inferior (IDIS, 2022), el cual ha aumentado en todas las CCAA respecto a años anteriores. Y por otro lado, sigue habiendo un crecimiento generalizado a nivel provincial del número de asegurados en asistencia sanitaria.

### Ilustración 8. Estimación de la penetración estimada del seguro privado y presupuesto sanitario público per cápita (2021)



**Fuente:** Elaboración propia a partir de IDIS (2022).

### Ilustración 9. Evolución por provincias del nº de asegurados (2021)



**Fuente:** IDIS (2022).

## **5. METODOLOGÍA**

En aras de cumplir con los objetivos establecidos al principio del Trabajo Fin de Grado, en primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión literaria con la que se ha conseguido analizar tres puntos importantes en nuestro ámbito de estudio: las características del consumidor de seguros de salud privados, el marketing mix del sector asegurador en materia de salud y otros factores en su consumo, así como la evolución de la contratación de los mismos.

Por otro lado, para conectar con la realidad actual, se ha llevado a cabo una encuesta con la que se ha conseguido definir el perfil del consumidor de seguros y conocer la influencia de los esfuerzos de marketing sobre su comportamiento. La encuesta se ha elaborado a través de Google, está compuesta por 21 preguntas y su distribución se ha llevado a cabo en el período del 4 al 8 de mayo. Como resultado, se obtuvieron 197 respuestas.

### **5.1. ENCUESTA**

De acuerdo con Quispe (2013), la encuesta es un método de investigación con la que se obtiene determinada información de un grupo de personas que posteriormente puede ser objeto de análisis estadístico. Es decir, el objetivo es descubrir ciertas características de una población que, en ningún caso será analizada en su totalidad, sino tan solo una parte denominada muestra.

En este sentido, para poder llevar a cabo una encuesta, primero se habrán de marcar unos objetivos para la investigación y seguidamente se habrá de diseñar un cuestionario formado por una serie de preguntas escritas, las cuales darán a conocer las opiniones o los comportamientos de las personas encuestadas. Planteados ya los objetivos de nuestro TFG, explicamos a continuación el diseño de nuestra encuesta a partir de dichos objetivos.

#### **5.1.1. DISEÑO DE LA ENCUESTA**

A partir de la literatura revisada y de los objetivos planteados en nuestro TFG, diseñamos una encuesta que se conforma de 21 preguntas que tratarán de dar respuesta a dichos objetivos. Por ello, a continuación, estructuramos este apartado a partir de los objetivos de nuestro TFG.

- **OBJETIVO 1:** Comparar el perfil socio-demográfico y económico del consumidor actual y del potencial de seguros de salud. ➔ Preguntas 1-8 y 10.

En primer lugar, para dar respuesta a este objetivo, se han planteado las preguntas 1-8, en las que se ha tomado como referencia diferentes estudios:

En primer lugar, las dos primeras preguntas se han planteado tomando como principal referencia a Sigüenza y Mariel (2015), cuyo estudio diferencia según el **género** y la **edad**. De esta forma, la primera pregunta servirá para determinar si el encuestado es hombre o mujer, mientras que la segunda pregunta nos acercará a la edad del encuestado y, para ello, éste tendrá que elegir entre los tres intervalos propuestos por Sigüenza y Mariel (2015), de 16 a 40 años, de 41 a 64 años, y más de 65 años.

En segundo lugar, la **situación personal** de una persona (estado civil, número de hijos y edad de estos) es un factor que, como ya se ha visto, influye en la contratación de seguros de salud, por eso, tomando como referencia a la UNESPA (2020) se ha planteado la tercera pregunta, cuyas respuestas son una adaptación de las ofrecidas por la misma.

Por otro lado, la cuarta pregunta dará a conocer el **lugar de residencia** del encuestado, cuestión extraída del MS (2022b), el cual pregunta a todos sus encuestados por la Comunidad Autónoma en la que residen actualmente y, de la misma manera se hará en nuestra encuesta.

La quinta pregunta se ha extraído igualmente del MS (2022b), el cual diferencia a sus encuestados según el **nivel educativo**, es decir, el nivel de estudios que hubiera finalizado hasta día de hoy. En las respuestas se podrá elegir entre: Sin estudios, Solo primaria, Solo secundaria, Formación Profesional, y Universidad.

Además, **situación ocupacional** y el **nivel de renta** son dos factores tenidos en cuenta en los estudios realizados por Paccagnella et al. (2013) y Sigüenza y Mariel (2015), respectivamente. De este modo, en la sexta pregunta el encuestado deberá elegir entre diversas alternativas, que son una adaptación del estudio de Paccagnella et al. (2013): Jubilado, Ama/o de casa, Empleado por cuenta ajena, Autónomo y

Funcionario. Y por otro lado, la séptima pregunta se encargará de definir la capacidad económica del encuestado, quien deberá situarse en uno de los tres intervalos utilizados por Sigüenza y Mariel (2015): De 0 a 1200 euros, De 1201 a 3600 euros, y Más de 3600 euros.

Por su parte, la octava pregunta, cuya respuesta será de Sí/No, se ha diseñado para conocer si el encuestado realiza o no **actividad física en su tiempo libre**, factor que en la investigación de Sigüenza y Mariel (2015) ya se había tenido en cuenta.

Por último, para poder construir los dos perfiles mencionados, se partirá de la respuesta dada en la pregunta 10, la cual servirá para **descubrir si el encuestado es consumidor o no de este tipo de seguros**, dependiendo de si la respuesta es afirmativa o negativa, respectivamente. Esta pregunta se ha elaborado a partir de la distinción realizada en el estudio de Paccagnella et al. (2013).

- **OBJETIVO 2:** Conocer la satisfacción del encuestado con la sanidad pública ➔ Pregunta 9.

Para cumplir con este objetivo se ha diseñado la novena pregunta, en la que se ofrecerá al encuestado la posibilidad de mostrar su nivel de **satisfacción con el sistema sanitario público español** mediante una escala de Likert del 1 al 10, siendo 1 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho, de la misma manera que se hace en el MS (2022b).

- **OBJETIVO 3:** Conocer los hábitos de consumo del consumidor de un seguro de salud privado ➔ Preguntas 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

De nuevo la pregunta 10 será clave para este objetivo, ya que si la respuesta dada en esta pregunta resulta ser afirmativa, el encuestado deberá responder a las preguntas 11-15 y, si por el contrario, la respuesta es negativa, el encuestado pasará directamente a contestar la pregunta número dieciséis.

La **undécima pregunta se ha incluido tomando como fuente directamente MS (2022b)** y ésta servirá para saber de qué **modalidad de seguro sanitario privado** es titular o beneficiario el encuestado. Las respuestas posibles serán: Mutualidades del

Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) con atención por la sanidad privada; Seguro médico privado, contratado por Ud. o alguna persona de su familia (directamente o a través de colegios profesionales); y Seguro médico privado contratado por la empresa.

En tercer lugar, para conocer el **canal de distribución** que se ha utilizado, cuestión importante para el marketing como ya se ha visto, hemos diseñado la duodécima pregunta, a partir del estudio de Escayola (2017), en la que las tres alternativas son: Mediador (agente o corredor), Seguro directo/autocontratación, y Otro.

Además, dado que se trata de un servicio complejo que no se puede evaluar previa contratación, tal y como explicaba el estudio de Kotler et al. (2018), hemos desarrollado la decimotercera pregunta, con la que se podrá saber si los consumidores efectivamente han utilizado el **precio como indicativo de calidad**, como así planteaban Fernández y Bajac (2018).

Por su parte, incorporamos la decimocuarta pregunta, de diseño propio, para conocer qué **medio** es el **más utilizado por los usuarios para recabar información** sobre el sector asegurador, y así poder determinar si realmente las herramientas digitales son tan importantes como el estudio de Kotler et al. (2018) señalaba.

Por último, hemos añadido la decimoquinta pregunta con la que a través de una escala semántica diferencial se intentará comparar el resultado con las palabras de Escayola (2017), según las cuales, la **comunicación cliente-empresa** es mejorable dentro del sector asegurador.

- **OBJETIVO 4:** Analizar la influencia que la COVID-19 ha podido tener sobre la percepción de aquellos encuestados que no cuentan a día de hoy con un seguro de salud privado en cuanto a una posible contratación del mismo ➡ Pregunta 10 y 16.

De nuevo, la pregunta 10 nos ayuda a seleccionar aquellos entrevistados que no son consumidores de seguros de salud.

Por su parte, la decimosexta pregunta es de elaboración propia y, mediante una simple respuesta de Sí/No se pretende saber si la crisis sanitaria provocada por la pandemia de Covid-19 y sus consecuencias económicas han supuesto un incentivo para el encuestado en lo que se refiere a contratar un seguro de salud.

- **OBJETIVO 5:** Identificar las principales razones del encuestado para contratar o llegar a contratar un seguro de salud privado ➡ Pregunta 17.

Como se ha podido observar a lo largo del trabajo, las motivaciones que llevan a cada usuario a ser consumidor de este tipo de seguros son muy variadas, desde atributos internos hasta factores externos, por eso, se ha incluido la decimoséptima pregunta con la que se pretende esclarecer la **causa principal de contratación de seguros de salud**. Las respuestas posibles serán algunas de las ya ofrecidas y más elegidas entre los encuestados por el MS (2022b):

- Tecnología.
- Capacitación del personal (médicos y enfermeras).
- Rapidez.
- Información.
- Trato personal.
- Comodidad.
- Otro: .....

- **OBJETIVO 6:** Analizar las preferencias del encuestado entre sanidad pública y privada según el tipo de servicio ➡ Preguntas 18-21.

Para este objetivo se han incorporado a la encuesta algunas de las preguntas que realiza el MS (2022b) en este sentido para conocer la **preferencia del encuestado entre sanidad pública o privada, según el tipo de consulta**. La decimoctava pregunta, hace referencia al caso de una consulta de médico de cabecera; en la decimonovena pregunta por su parte se refiere a una consulta con un especialista; la vigésima pregunta menciona el caso de ingreso hospitalario; y la vigésima primera pregunta señalará el caso de una situación de urgencia.

## **5.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Esta encuesta se ha dirigido a consumidores y no consumidores de seguros de salud, ya que, tal y como se especificó en el apartado dedicado a los estímulos de marketing, las aseguradoras dirigen dichos esfuerzos tanto a clientes actuales como potenciales.

Sin embargo, como es obvio, no todas las preguntas han sido contestadas por ambos grupos, ya que carecería de sentido.

- **OBJETIVO 1:** Comparar el perfil socio-demográfico y económico del consumidor actual y del potencial de seguros de salud.

Para dar respuesta a este objetivo se ha partido de los resultados de la pregunta 10, según los cuales, de las 197 personas encuestadas, el 62'9% son consumidores de un seguro de salud, mientras que el 37'1% restante no lo son. A partir de ahí, se han analizado las respuestas a las preguntas 1-9 para ver las características de ambos y así ver en qué se diferencian.

En primer lugar, respecto al **género**, la gran mayoría de las personas encuestadas han sido mujeres de entre 41 y 64 años, concretamente un 70% y si individualizamos las cifras obtenidas para consumidores y no consumidores, en ambos casos el 70% eran mujeres, por lo que no se han apreciado diferencias.

En segundo lugar, en referencia a la **edad** y la **situación personal**, factores íntimamente conectados, la mayor parte de los encuestados tienen entre 41 y 64 años y se encuentran 'en pareja con algún/os hijos mayores de 18'. Sin embargo, pese a la similitud de respuestas entre consumidores y no consumidores se han podido apreciar ciertas diferencias:

- Por un lado, partiendo del estudio de Sigüenza y Mariel (2015), tener más de 65 años es un factor negativo en la demanda de seguros de salud y, aunque es cierto que según los resultados solo un 10% de los consumidores son mayores de 65, lo cierto es que es un 6% más que entre los no consumidores.
- Por otro lado, sí se ha podido observar que entre los no consumidores hay mayor presencia de gente joven, concretamente un 16% más que entre los consumidores, además de que, entre los consumidores, solo un 15% están solteros, mientras que entre los no consumidores la cifra alcanza el 30%, de los que la mitad no tienen hijos, lo cual sigue la línea del informe de la UNESPA (2020).

En tercer lugar, en el **nivel de estudios** sigue habiendo una opción claramente ganadora, la 'Universidad', pero sí que destacan tres cuestiones:

- Que la opción de 'Universidad' ha sido elegida un 18% más por parte de los consumidores que por los no consumidores.
- Que no hay ningún consumidor cuya máxima preparación sea 'Primaria', lo cual contrasta con el 5% de los no consumidores.
- Que la opción de 'Secundaria' tampoco ha sido prácticamente elegida por los consumidores, en comparación a ese 10% de los no consumidores;
- Y que la FP es un 6% más popular entre los no consumidores.

Es decir, que efectivamente la formación tiende a ser mayor entre aquellos que demandan seguros de salud privados, en consonancia con lo establecido en el estudio de Sigüenza y Mariel (2015) y en el informe del MS (2022b).

En siguiente lugar, respecto a la **ocupación** de los encuestados, las respuestas más seleccionadas han sido 'Funcionario' y 'Asalariado' y no se aprecian diferencias significativas entre ambos. No obstante, cabe destacar que la proporción de autónomos con y sin seguro de salud es la misma, lo cual se aleja de la idea de Sigüenza y Mariel, y de Paccagnella et al. (2013), según la cual, los autónomos valoran especialmente su tiempo y prefieren asumir el coste del seguro sanitario privado.

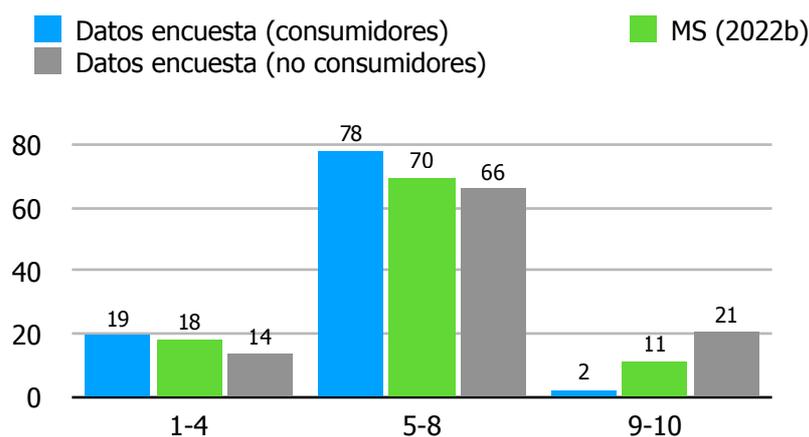
Por otro lado, como ya se ha explicado, Sigüenza y Mariel (2015) señalaban la **situación económica** como uno de los factores socio-económicos más importantes con influencia positiva sobre la demanda del seguro médico privado y, aunque la opción intermedia es la más popular entre consumidores y no consumidores, dentro del primer grupo un 30% de ellos supera los 3600 euros y solo un 5% está por debajo de los 1200 euros, mientras que en el caso de los no consumidores, un 22% supera los 3600 euros, un 8% menos que en el caso de los consumidores, y un 11% no supera los 1200 euros.

Por último, la **actividad física** también parecía tener un efecto positivo sobre la demanda de seguros de salud según la investigación de Sigüenza y Mariel (2015), pero los resultados de la encuesta muestran que aunque sí es cierto que el 70% de los consumidores práctica ejercicio físico en su tiempo libre, el 67% de los no consumidores también, por lo que no parece un factor con el que se pueda determinar si alguien va a contratar un seguro de salud o no.

- **OBJETIVO 2:** Conocer la satisfacción del encuestado con la sanidad pública.

Para poder comparar la **satisfacción** entre los encuestados por el MS (2022b) y nuestro caso, se ha procedido a hacer una gráfica en la que se pueden distinguir tres franjas: 1-4 sería equivaldría a un suspenso, 5-8 a una satisfacción media, y 9-10 a un sobresaliente.

**Ilustración 10. Satisfacción con el sistema público de salud (%)**



**Fuente:** Elaboración propia.

Como se puede observar, en el primer tramo los valores obtenidos para consumidores y no consumidores no divergen en gran medida de los datos del MS (2022b). En el caso de las notas entre 5 y 8, éstas también fueron las más seleccionadas entre los encuestados por el MS (2022b), aunque destaca el 78% perteneciente a los consumidores de nuestra encuesta. Y por último, el sobresaliente tan solo fue otorgado por el 11'4% de los encuestados por el MS (2022b), cifra intermedia a las obtenidas en nuestra encuesta, la cual deja ver más claramente la diferente valoración que hacen consumidores y no consumidores al SNS.

- **OBJETIVO 3:** Conocer los hábitos de consumo del consumidor de un seguro de salud privado.

Los resultados a estas preguntas destinadas únicamente a los consumidores reflejan que la mayoría de éstos, concretamente un 60%, cuentan con un seguro de salud contratado por ellos mismos, no por la empresa ni por pertenecer a una mutualidad y que, además, el **canal de distribución** principalmente utilizado ha sido la autocontratación, al igual que en el estudio de Escayola (2017).

Por otro lado, pese a la complejidad para evaluar previa contratación el servicio, tal y como explicaba Kotler et al. (2018) y la posibilidad expuesta por Fernández y Bajac (2018) de utilizar el **precio como indicativo de la calidad**, según los resultados, la mayoría de los consumidores han considerado que la calidad del seguro no es necesariamente mejor como consecuencia de un precio mayor, aunque sí lo es para un 32%, que tampoco es una cifra residual.

Además, respecto a la **forma de obtener información**, los resultados recalcan la importancia del mundo digital en el sector asegurador, tal y como exponía Kotler et al. (2018), ya que un 61% ha determinado que lo hace 'a través de internet'.

Por último, en vista de los resultados de la encuesta y teniendo en cuenta las palabras de Escayola (2017), la **comunicación cliente-empresa** podría considerarse mejorable dentro del sector asegurador, pero tampoco mala, ya que un 56% la ha calificado como 'Buena'; un 19% como 'Escasa'; otro 19% como 'Muy buena'; y el resto como 'Excelente' y 'Muy mala'.

- **OBJETIVO 4:** Analizar la influencia que la COVID-19 ha podido tener sobre la percepción de aquellos encuestados que no cuentan a día de hoy con un seguro de salud privado en cuanto a una posible contratación del mismo.

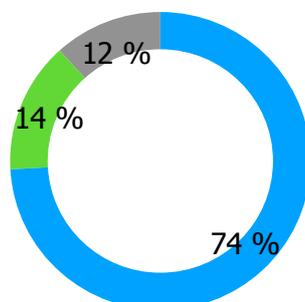
Esta pregunta, destinada únicamente a aquellos que no cuentan con un seguro de salud, ha sido ampliamente contestada con un 'No', pero, aun así, un 22% sí se ha planteado contratar un seguro a raíz de la crisis sanitaria, lo cual confirma en cierta manera el esquema dibujado por Kotler et al. (2018) en el que se muestra la influencia de los factores externos, en este caso de carácter económico y social, sobre las decisiones del consumidor.

- **OBJETIVO 5:** Identificar las principales razones del encuestado para contratar o llegar a contratar un seguro de salud privado.

El siguiente gráfico muestra de forma contundente que el motivo principal que lleva a los usuarios a abandonar la sanidad pública son las listas de espera de la misma, ya que lo que más destacan del servicio privado es la rapidez y, en segundo lugar, la comodidad.

### Ilustración 11. Principales razones para contratar un seguro de salud privado, según resultados de la encuesta

● Rapidez ● Comodidad ● Resto



Fuente: Elaboración propia

- **OBJETIVO 6:** Analizar las preferencias del encuestado entre sanidad pública y privada según el tipo de servicio.
- Para una consulta de **médico de cabecera o pediatría**, el 58% de los encuestados preferirían recibir atención en un centro público, mientras que el 42% se decanta por un centro privado.
- Para una consulta con un **especialista**, en este caso la mayoría, un 62%, elegiría un centro privado, mientras que el 38% acudiría a la sanidad pública, lo cual parece acorde a lo que se explicó anteriormente, ya que hay servicios como el dentista, que no están cubiertos totalmente por el sector público.
- Para un **ingreso hospitalario**, el 60% de los encuestados preferirían ser atendidos en un centro público, mientras que el 40% restante iría a un centro público.
- Para una consulta de **urgencias**, el 52% preferiría recibir asistencia en un centro público, mientras que el otro 48% querría ir a un centro privado.

Si comparamos estas cifras con las obtenidas por el MS (2022b), se concluye que el centro público es el preferido en ambas encuestas por lo general, sobre todo para el ingreso hospitalario, sin embargo, los resultados de la encuesta del MS (2022b) se podría decir que son más indulgentes con la sanidad pública.

## 6. CONCLUSIONES FINALES

La revisión teórica y investigación empírica realizada parece dejar claro el papel protagonista de la sanidad privada en la sociedad, de hecho, como bien expresa Alarcos (2022), una cuarta parte de la población española es consumidora de un seguro de salud privado, pese a contar con un sistema sanitario público y, como ya se ha explicado previamente, el aseguramiento en salud a día de hoy es de los pocos del sector que sigue creciendo.

Con respecto a esos consumidores, hemos visto que muchos estudios intentan trazar el perfil sociodemográfico de los mismos, y en varios aspectos nuestro estudio empírico ha secundado dichas investigaciones, sin embargo, hay otros factores como el ser mayor de 65 años, tener hijos menores de edad, ser autónomo o practicar ejercicio físico, que no parecen ser tan determinantes para la demanda de estos seguros.

Por un lado, ya conocemos las trabas (p.ej., prima más elevada) que las compañías aseguradoras ponen a aquellos con cierta edad o patologías previas, sin embargo, también hemos visto que la oferta de seguros de salud cada vez es más variada intentándose adaptar lo máximo a las características y necesidades de los consumidores para poder abarcar todos los segmentos de clientes posibles. Por ejemplo, Adeslas, cuenta con un 'Seguro Adeslas Seniors', que es un seguro médico para mayores de 65 años, por lo que cada vez hay menos barreras para que diferentes perfiles de usuarios puedan acceder a este tipo de prestaciones.

Por otro lado, nuestros resultados han reflejado que el ejercicio físico está muy generalizado, tanto entre consumidores como entre no consumidores, es decir, parece que la sociedad en su conjunto, sobre todo en los últimos años, está otorgando un papel protagonista al bienestar físico y mental, gracias a un mayor avance de la medicina preventiva, tanto en el sector privado como en el sector público.

Por último, como bien se ha visto en los resultados de la encuesta, casi una cuarta parte de los no consumidores se ha planteado contratar un seguro de salud a raíz de la crisis sanitaria, y no solo eso, sino que la gran mayoría de los encuestados ha dejado ver los problemas existentes en la sanidad pública respecto a los tiempos de espera que, como ya se ha explicado, no es consecuencia de la crisis sanitaria, sino más bien una situación que se ha agravado con la aparición de la misma.

## **7. VALORACIÓN PERSONAL**

Tras la realización de este TFG, y coincidiendo con Alarcos (2022), parece obvio concluir que la sanidad privada es un elemento indispensable para el correcto funcionamiento de la sanidad pública, y sí, podría decirse que ésta ayuda a la sostenibilidad del sector público, pues reduce la posibilidad de que el mismo se congestione. Sin embargo, esto no puede alejarnos de la importancia de tener un sistema de salud público fuerte, propio de un país como España, en el que las ideas de "Estado del Bienestar" y "Redistribución de riqueza" deberían ser infranqueables.

De acuerdo con la revisión teórica y la investigación empírica realizada, lo cierto y verdad es que los problemas existentes en la sanidad pública en la actualidad son innegables, entre ellos SegurCaixa Adeslas (s.f.) remarca algunos: atención en medicina general muy insuficiente; largas listas de espera para una consulta con un especialista o una cirugía; y excesiva dilación para recibir resultados de pruebas médicas. Sin embargo, realmente éstos no son nuevos, sino que simplemente se han puesto de manifiesto como consecuencia de la pandemia.

A su vez, las empresas del sector asegurador en materia de salud, siendo conocedoras de estos problemas y, aprovechando el entorno actual caracterizado por la alarma social, se han encargado de elaborar las estrategias de marketing correspondientes para influir en el comportamiento de la población, la cual parece encontrarse mucho más susceptible a los continuos estímulos publicitarios procedentes sobre todo de medios digitales, como Internet, las redes sociales o la propia televisión.

Es decir, personalmente considero que la fuerte presencia del seguro de salud privado tiene una doble faceta: por un lado positiva, ya que los esfuerzos en salud siempre son beneficiosos para la población, pero por otro lado negativa, pues la sociedad podría correr el riesgo de normalizar el considerar la salud como un negocio.

En definitiva, la rápida penetración del seguro sanitario privado hoy en día debería ser indicio de la existencia de una sociedad preocupada por su salud y de una colaboración sana entre poderes públicos y privados en beneficio del ciudadano, pero nunca debería convertirse en una puerta abierta a recortes en la financiación de la sanidad pública, puesto que siempre habrá quienes no puedan acceder a estos servicios privados.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Artabe, A. & Sigüenza, W. (2019). The effects of the economic recession on spending on private health insurance in Spain. *International Journal of Health Planning and Management*, 19(2), 155-191.
2. Alarcos Tamayo, I. (2022). La contribución del sector asegurador a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
3. Allianz (s.f.). ¿Qué son los Seguros Directos?. Recuperado el 12 de mayo de 2023, de <https://www.allianz.es/descubre-allianz/mediadores/diccionario-de-seguros/s/que-son-los-seguros-directos.html>
4. Asisa (s.f.). Preguntas frecuentes: ¿Por qué sube el precio del seguro de Salud con cada renovación anual de la póliza? Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.asisa.es/preguntas-frecuentes/preguntas/mis-gestiones/mis-recibos/252-por-que-sube-el-precio-del-seguro-de-salud-con-cada-renovacion-anual-de-la-poliza>
5. Asisa (2022). ASISA lanza su nueva campaña publicitaria, una mirada optimista centrada en el valor de la reinversión que realiza la aseguradora. Recuperado el 12 de mayo de 2023, de <https://www.asisa.es/noticias-salud/2022-11-14-Campana-Mejor-Asi-ASISA>
6. Bandrés, E. y González, R (2015). La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de Información Económica*, 248. [https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS\\_CIE/248art05.pdf](https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_CIE/248art05.pdf)
7. Buchmueller, T.C., Fiebig, D., Jones, G. & Savage, E. (2011). Preference heterogeneity and selection in private health insurance: the case of Australia. Paper presented at 10th journées Louis-André Gérard-Varet, Marseille, June 20-21-22, 2011.
8. Caballero Sánchez de Puerta. (2018). Fundamentos del plan de marketing en Internet: COMM025PO. IC Editorial.
9. Calero, R., & Gallarza, M. G. (2011). Percepciones del Usuario vs. Percepciones del Gestor del Servicio Sanitario : Un Análisis Cualitativo en el Ambito del "Modelo Alzira." *Anales de Estudios Económicos Y Empresariales*, XXI, 9–37.
10. Chatterjee, S. & Nielsen, R.B. (2010). Health insurance participation: the role of cognitive ability and risk aversion. *Theoretical and Applied Economics*, 7(11), 103–112.
11. Cortès-Franch, I., & González López-Valcárcel, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta sanitaria/S.E.S.P.A.S*, 28 (1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011>
12. El encarecimiento de la salud y otras tendencias médicas que marcarán 2023. (s. f.). WTW. <https://www.wtwco.com/es-ES/insights/2023/01/el-encarecimiento-de-la-salud-y-otras-tendencias-medicas-que-marcaran-2023>
13. Epstein, D. y Jiménez-Rubio, D. (2019). ¿Qué revela sobre el sistema público sanitario la contratación de un seguro de salud privado?. *Gaceta Sanitaria*, 33 (5), 442-449.
14. Escayola Mansilla, J. (2017). Estudio sobre la calidad percibida en clientes de seguros de particulares [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull]. <http://hdl.handle.net/10803/401831>
15. Europapress (25 de octubre de 2022). Claves para elegir el seguro médico privado que mejor se adapta a cada persona. Recuperado el 8 de mayo de 2023, de <https://www.europapress.es/comunicados/salud-0910/noticia-comunicado-claves-elegir-seguro-medico-privado-mejor-adapta-cada-persona-20221025095434.html>
16. Fang, H., Keane, M.P. & Silverman, D. (2008). Sources of advantageous selection: evidence from the Medigap insurance market. *Journal of Political Economy*, 116(2), 303–350.
17. Fernández, P., & Bajac, H. (2018). Gestión del marketing de servicios, La. Ediciones Granica.

18. Fundación Mapfre (s.f.). Seguros de Salud o Enfermedad. Recuperado el 8 de Mayo de 2023, de <https://segurosypensioneparatodos.fundacionmapfre.org/seguros/tipos-de-seguros/seguros-personales/tipos-seguros-salud-enfermedad-ventajas/>
19. Gallo, P., & Gené-Badia, J. (2013). Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*, 113(1–2), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.016>
20. Generali (s.f.). Cifras importantes del seguro de salud. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.generali.es/blog/infosobreseguros/seguros-de-salud-en-espana%E3%80%90informe%E3%80%91general-2022/>
21. González, Y. (1995). La demanda de seguros sanitarios. *Revista de Economía Aplicada*, 8 (3), 111-142.
22. Hofstede, G. (1994). The business of international business is culture. *International Business Review*, 3 (1), 1-14.
23. Hofstede, G., Hofstede, G. J. & Minkov, M. (2010). *Culture and Organizations: Software of the Mind. Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival*. New York: McGraw-Hill.
24. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA).
25. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2019). Informe nº 9: Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2019.
26. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2020a). Informe nº 10: Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2020.
27. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2020b). Informe monográfico Covid-19: Sanidad privada, aportando valor. Especial COVID 19.
28. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2021). Informe nº 11: Sanidad privada, aportando valor.
29. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2022). Informe nº 12: Sanidad privada, aportando valor.
30. Jofre, M. (2000): "Public health care and private insurance demand: The waiting time as a link". *Health Care Management Science*, 3, 51-71.
31. Kotler, Armstrong, G., Arenas Gaitán, J., Cossío Silva, F. J., Nogales Castilla, E., Revilla Camacho, M. Á., Rodríguez Rad, C. J., Rosa Díaz, I. M., Sánchez del Río Vázquez, M. E., Kotler, P., & Armstrong, G. (2018). Introducción al marketing: selección de capítulos de "Fundamentos de marketing." Pearson.
32. Digital (2022). Sanitas te cambia por fuera y por dentro. Periódico PublicidadAD - Periódico de Publicidad, Comunicación Comercial y Marketing. <https://lapublicidad.net/sanitas-te-cambia-por-fuera-y-por-dentro/>
33. Leung K., Bhagat R., Buchan N.R., Erez M., and Gibson C.B. (2005). Culture and International Business: Recent Advances and Their Implications for Future Research. *Journal of International Business Studies*, 36(4), 357–78.
34. Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1980-22501>
35. Marcial, V. F. (2021). Marketing mix de servicios de información: valor e importancia de la P de producto. *Bibliotecas. Anales de investigación*, 11(4), 64-78.
36. Marieke de Mooij (2019). *Consumer Behavior and Culture: Consequences for Global Marketing and Advertising*.

37. Ministerio de Hacienda y Función Pública (2021). Memoria 2021 MUFACE. [https://www.muface.es/muface\\_Home/muface/Transparencia/informacion-institucional-organizativa-planificacion/memoria.html](https://www.muface.es/muface_Home/muface/Transparencia/informacion-institucional-organizativa-planificacion/memoria.html)
38. Ministerio de Sanidad (2012a). Sistema Nacional de Salud, España 2012. [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012\\_Espanol.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf)
39. Ministerio de Sanidad (2012b), Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
40. Ministerio de Sanidad (2020). Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Equidad\\_en\\_salud\\_y\\_COVID-19.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf)
41. Ministerio de Sanidad (2021). Informe del SNS 2020-2021. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/ASPECTOS\\_RELEVANTES\\_2020-21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/ASPECTOS_RELEVANTES_2020-21.pdf)
42. Ministerio de Sanidad (2022a). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/INFORME\\_ANUAL\\_2020\\_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf)
43. Ministerio de Sanidad (2022b). Barómetro Sanitario 2022. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home\\_BS.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm)
44. Noticias, A. (18 enero de 2023). Españoles gastan cifra récord en seguros médicos. Independent Español. <https://www.independentespanol.com/noticias/mundo/europa/espanoles-gastan-cifra-record-en-seguros-medicos-b2264817.html>
45. Nueva campaña de adheslas en tv | SegurCaixa Adeslas. (s. f.). <https://www.segurcaixaadeslas.es/juntos/nueva-campa%C3%B1a-de-adeslas-en-tv>
46. OECD (2017). Health at a glance 2017: OECD indicators. Health at a glance. Paris: OECD Publishing; 2017.
47. OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
48. Paccagnella, O., Rebba, V. & Weber, G. (2013). Voluntary private health insurance among the over 50s in Europe. Journal of Health Economics, 22(3), 289-315.
49. Pick, D., & Eisend, M. (2016). Customer Responses to Switching Costs: A Meta-Analytic Investigation of the Moderating Influence of Culture. Journal of International Marketing, 24(4), 39–60. <https://doi.org/10.1509/jim.15.0139>
50. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
51. Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-1651>
52. Sanitas (2021). ¿Qué cubre un seguro médico o de salud?. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://sanitas.segurosmedicos.center/blog/que-cubre-un-seguro-medico-de-salud/>
53. SegurCaixa Adeslas (s.f.). Características de un buen seguro de salud - Adeslas Número 1 en Seguros de Salud. Recuperado el 12 de mayo de 2023, de <https://polizasenlinea.es/adeslas/caracteristicas-de-un-buen-seguro-de-salud/>
54. Seguros Médicos Privados (19 mayo de 2023). polizamedica.es. Recuperado el 7 de junio de 2023, de <https://www.polizamedica.es/seguros/salud/seguros-medicos-privados>

55. Sigüenza, W. y Mariel, P. (2015). Determinantes del seguro médico privado y del uso de urgencias. *Revista de Economía Aplicada*, 23 (68), 5-38.
56. Tavares, A.I. (2020). Voluntary private health insurance demand determinants and risk preferences: Evidence from SHARE. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(3), 685-703.
57. Tena Reiff, S (2016). Evolución de la opinión de los ciudadanos españoles sobre la salud y el Sistema Nacional de Salud. Un análisis del Barómetro del Sanitario del CIS. FES - Memoria del XII Congreso Español de Sociología. 2016. [http://eprints.ucm.es/view/people/Tena Reiff=3ASara=3A=3A.html](http://eprints.ucm.es/view/people/Tena+Reiff=3ASara=3A=3A.html)
58. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (2018). **Informe Estamos Seguros**. <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2020/10/Informe-Estamos-Seguros-2018-FINAL-Version-integra.pdf>
59. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (2019). Informe Estamos Seguros. <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2020/12/Informe-Estamos-Seguros-2019-Pagina-individual-1.pdf>
60. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (2020). EL SEGURO EN LOS HOGARES ESPAÑOLES. DATOS 2020. <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2021/10/El-seguro-en-los-hogares-espanoles.-Datos-2020.-FINAL.pdf>
61. Vera-Hernández, Á.M. (1999). Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics*, 8, 579-598. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199911\)8:7<579::AID-HEC478>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199911)8:7<579::AID-HEC478>3.0.CO;2-P)
62. Villalobos, S., & Vergara, O. (2017). Marketing experiencial como enfoque de innovación en el sector asegurador. *Marketing Visionario*, 6(1), 4-23.

## 9. ANEXOS

### Anexo 1. Preferencias individuales entre sanidad pública (PÚB.) o privada (PRIV.) según la clase social y el tipo de consulta.

	Identificación subjetiva de clase				
	Clase alta y media alta	Clase media-media	Clase media-baja	Clase trabajadora/ obrera/ proletariado	Clase baja/ pobre
<b>1. Consultas de atención primaria (consultas de médicos/as de cabecera (o de familia) y pediatría)</b>					
<b>PÚB.</b>	65'8	66'8	70'8	76'8	68'2
<b>PRIV.</b>	30'7	30'3	26'2	20'6	28'6
<b>AMBOS</b>	3'2	2	1'8	1'4	1'3
<b>N.S./N.C.</b>	0'3/-	0'7/0'3	1/0'3	0'6/0'6	1'7/0'2
<b>2. Consultas de asistencia especializada</b>					
<b>PÚB.</b>	45	53'6	60'3	64'4	58'6
<b>PRIV.</b>	51'2	42'5	36'6	31	37'4
<b>AMBOS</b>	2'2	3	2'2	3'1	2'1
<b>N.S./N.C.</b>	1'3/0'4	0'6/0'3	0'5/0'4	0'9/0'6	0'8/1'2
<b>3. Ingreso en hospital</b>					
<b>PÚB.</b>	66'9	73'9	77'5	81'5	73'8
<b>PRIV.</b>	29	22'2	19	14'4	22'9
<b>AMBOS</b>	1'8	2'3	1'9	2'4	1'4
<b>N.S./N.C.</b>	2/0'4	1'1/0'4	1'1/0'4	0'9/0'8	1'4/0'5
<b>4. Urgencias</b>					
<b>PÚB.</b>	70	71'1	70'2	76'8	67
<b>PRIV.</b>	26'8	25'9	26'6	19'4	30'4
<b>AMBOS</b>	3	2	1'9	2'1	0'6
<b>N.S./N.C.</b>	0'2/-	0'9/0'2	0'7/0'6	1'1/0'6	1'5/0'5

Fuente: Elaboración propia a partir de MS, 2022b.

**Anexo 2. Consultas de medicina general en la sanidad pública (PÚB.) o privada (PRIV.) en los últimos 12 meses, según la clase social.**

	Identificación subjetiva de clase				
	Clase alta y media alta	Clase media-media	Clase media-baja	Clase trabajadora/ obrera/ proletariado	Clase baja/ pobre
<b>PÚB.</b>	43'5	55'7	64'7	66'1	70
<b>PRIV.</b>	8'4	8'2	5	3'9	2'9
<b>AMBOS</b>	25'5	15'8	13	12'7	8'3
<b>Ninguna consulta/ N.S./N.C.</b>	22'6/-/-	20'1/0'1/0	17'1/0'1/0'1	17/0'2/0'1	18'3/0'5/-

**Fuente:** Elaboración propia a partir de MS, 2022b.

**Anexo 3. Consultas de medicina general en la sanidad pública (PÚB.) o privada (PRIV.) en los últimos 12 meses, según el nivel de estudios.**

	Estudios de la persona entrevistada					
	Sin estudios	Primaria	Secundaria 1ª etapa	Secundaria 2ª etapa	F.P.	Superiores
<b>PÚB.</b>	67	69'5	67'6	61'9	59'7	52
<b>PRIV.</b>	3'4	2'1	2'3	6'3	5'6	10'1
<b>AMBOS</b>	3'2	6'8	7'9	13'6	16'8	17'7
<b>Ninguna consulta/ N.S./N.C.</b>	26'4/-/-	21'3/0'3/-	21'5/0'4/0'1	18'2/-/-	17'8/0'1/-	20'1/0'1/0

**Fuente:** Elaboración propia a partir de MS, 2022b.

**Anexo 4. Preferencias individuales entre sanidad pública (PÚB.) o privada (PRIV.) según el nivel de estudios y el tipo de consulta.**

<b>Estudios de la persona entrevistada</b>						
	Sin estudios	Primaria	Secundaria 1ª etapa	Secundaria 2ª etapa	F.P.	Superiores
<b>1. Consultas de atención primaria (consultas de médicos/as de cabecera (o de familia) y pediatría)</b>						
<b>PÚB.</b>	72'9	71'6	69'9	70	67	67'2
<b>PRIV.</b>	23'3	25	25'5	28'6	29'6	29'8
<b>AMBOS</b>	1'6	1'5	2'2	1'1	2'2	2'1
<b>N.S./N.C.</b>	2'1	1'9	2'3	0'3	1'1	0'8
<b>2. Consultas de asistencia especializada</b>						
<b>PÚB.</b>	65'7	63'3	63'3	55'5	52'1	53'9
<b>PRIV.</b>	27'1	31'4	31'8	41'8	44	41'9
<b>AMBOS</b>	3'4	2'5	3'1	1'6	2'8	3'3
<b>N.S./N.C.</b>	3'7	2'8	1'8	2'1	1'1	0'9
<b>3. Ingreso en hospital</b>						
<b>PÚB.</b>	77	77'9	76'9	73'5	71'6	76'3
<b>PRIV.</b>	18'7	18'3	18'8	23'1	24'1	19'8
<b>AMBOS</b>	1'4	1	2'1	1'6	2'7	2'4
<b>N.S./N.C.</b>	2'9	2'8	2'1	1'8	1'5	1'4
<b>4. Urgencias</b>						
<b>PÚB.</b>	72'8	73'1	73'7	70	68'4	72'4
<b>PRIV.</b>	21'8	22'2	23	26'5	28'4	24'7
<b>AMBOS</b>	0'7	0'7	1'4	2'4	2'2	2'3
<b>N.S./N.C.</b>	4'7	4	2	1'1	1	0'7

**Fuente:** Elaboración propia a partir de MS, 2022b.

**Anexo 5: Nivel de contratación de los seguros de salud, según las características del hogar**

Tipología de hogar	Seguro de salud
Persona $\geq$ 65 años	11'61 %
Persona < 65 años y > 30 años	18'03 %
Persona < de 30 años	7'14 %
Adulto con niños < de 18 años	23'22 %
Pareja sin hijos, y al menos 1 de ellos $\geq$ 65 años	17'23 %
Pareja sin hijos, los dos < 65 años	25'83 %
Pareja con 1 hijo < 18 años	31'81 %
Pareja con 2 hijos < 18 años	31'83 %
Pareja con 3 o más hijos < 18 años	29'85 %
Padre o madre solo/a con al menos 1 hijo $\geq$ 18 años	18'05 %
Pareja con al menos 1 hijo $\geq$ 18 años	23'94 %

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la UNESPA (2020).

**Anexo 6: Nivel de contratación de los seguros de salud, según el nivel de ingresos del hogar**

Tipología de hogar	Seguro de salud
Menos de 500 €	7'77%
De 500 a 1000 €	10'36%
De 1000 a 1500 €	17'6%
De 1500 a 2000 €	26'22%
De 2000 a 2500 €	34'17%
De 2500 a 3000 €	37'41%
3000 € o más	51'91%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la UNESPA (2020).

**Anexo 7: Nivel de contratación de los seguros de salud, según la ocupación de los miembros del hogar**

Tipología de hogar	Seguro de salud
Sustentador y cónyuge ocupados, al menos otro miembro ocupado	22'02%
Sustentador y cónyuge ocupados, ningún otro ocupado	24'29%
Sustentador o cónyuge ocupado, otro ocupado	15'14%
Sustentador o cónyuge ocupado, al menos otros dos ocupados	35'11%
Sustentador o cónyuge ocupado, ningún otro ocupado	26'36%
Ni sustentador ni cónyuge ocupado, otro miembro ocupado	16'76%
Ni sustentador ni cónyuge ocupado, al menos otros dos miembros ocupados	17'14%
Ningún ocupado	11'97%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la UNESPA (2020).

**Anexo 8: Porcentaje de hogares que contratan seguros de salud por CCAA.**

Comunidades Autónomas	Seguro de salud
Baleares	35'07%
Cataluña	33'82%
Madrid	32'45%
Ceuta	24'79%
Andalucía	23'47%
Canarias	22'37%
País Vasco	21'88%
Cantabria	21'80%
Aragón	20'02%

Comunidades Autónomas	Seguro de salud
Comunidad Valenciana	17'61%
Melilla	17'21%
Murcia	17'12%
Extremadura	16'40%
Castilla y León	16'11%
Galicia	15'34%
Navarra	14'25%
Asturias	14'14%
La Rioja	13'95%
Castilla-La Mancha	13'21%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de UNESPA (2020)

## Anexo 9. Cuestionario.

**1. Indique su género: \***

- a) Hombre.
- b) Mujer.

**2. Indique el intervalo en el que se encuentra su edad: \***

- a) De 16 a 40 años.
- b) De 41 a 64 años.
- c) Más de 65 años.

**3. Indique la opción que mejor represente su situación personal: \***

- a) Soltero/a sin hijos.
- b) Soltero/a con algún/os hijos mayores de 18.
- c) Soltero/a con todos los hijos menores de 18.
- d) En pareja sin hijos.
- e) En pareja con algún/os hijos mayores de 18.
- f) En pareja con todos los hijos menores de 18.

**4. Indique la Comunidad Autónoma en la que reside: \***

.....

**5. Indique su nivel máximo de estudios realizados: \***

- a) Sin estudios.
- b) Solo primaria.
- c) Solo secundaria.
- d) FP.
- e) Universidad.

**6. Indique su situación ocupacional: \***

- a) Jubilado.
- b) Ama/o de casa.
- c) Empleado por cuenta ajena.
- d) Autónomo.
- e) Funcionario.

**7. Indique el nivel de renta neta mensual de su hogar: \***

- a) 0 a 1200 euros.
- b) 1201 a 3600 euros.
- c) Más de 3600 euros.

**8. Indique si realiza actividad física en su tiempo libre: \***

- a) Sí.
- b) No.

**9. Indique su satisfacción general con el sistema público de salud, siendo 1 "muy insatisfecho" y 10 "muy satisfecho": \***

- 1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

**10. Indique si usted es consumidor de un seguro de salud privado: \***

- a) Sí.  
b) No.

**11. En caso de haber respondido afirmativamente en la pregunta anterior, indique de qué tipo: \***

- a) Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) con atención por la sanidad privada.  
b) Seguro médico privado, contratado por usted o alguna persona de su familia (directamente o a través de colegios profesionales).  
c) Seguro médico privado contratado por la empresa.

**12. Indique el medio que utilizó para contratar su póliza de seguro: \***

- a) Mediador (agente o corredor).  
b) Seguro directo/autocontratación (a través del teléfono móvil, internet, directamente en la oficina...)  
c) Otro: .....

**13. ¿Cree que cuanto más alto es el precio del seguro médico, mayor es la calidad del mismo?**

- a) Sí.  
b) No.

**14. Normalmente, ¿cómo suele obtener información sobre los servicios de las aseguradoras?**

- a) Acudo directamente a la sucursal.  
b) Por vía telefónica.  
c) A través de la página web.  
d) Otro: .....

**15. ¿Cómo calificaría la comunicación con la aseguradora?**

Excelente	Muy buena	Buena	Escasa	Mala
-----------	-----------	-------	--------	------

**16. A raíz de la crisis sanitaria, ¿se ha planteado contratar un seguro de salud privado?**

- a) Sí.  
b) No.

**17. Indique la motivación principal que le ha llevado o le llevaría a contratar un seguro de salud privado: \***

- a) Tecnología.
- b) Capacitación del personal (médicos y enfermeras).
- c) Rapidez.
- d) Información.
- e) Trato personal.
- f) Comodidad.
- g) Otro: .....

**18. Si pudiera elegir, indique a qué tipo de centro acudiría usted o algún miembro de su hogar (dependiente de usted) para una consulta de médico de cabecera o pediatría.**

- a) Centro privado.
- b) Centro público.

**19. Si pudiera elegir, indique a qué tipo de centro acudiría usted o algún miembro de su hogar (dependiente de usted) para una consulta con un especialista.**

- a) Centro privado.
- b) Centro público.

**20. Si pudiera elegir, indique a qué tipo de centro acudiría usted o algún miembro de su hogar (dependiente de usted) para un ingreso hospitalario.**

- a) Centro privado.
- b) Centro público.

**21. Si pudiera elegir, indique a qué tipo de centro acudiría usted o algún miembro de su hogar (dependiente de usted) para una consulta de urgencias.**

- a) Centro privado.
- b) Centro público.