



EL FUTURO DEL SEGURO DE SALUD EN ESPAÑA:

HOJA DE RUTA PARA
SU TRANSFORMACIÓN DIGITAL

BELÉN CAÍNZOS
ANDREA FABRA
JUAN MANUEL PENÍN
RAÚL RETAMOSA FUENTE
NANCY VEGA

2ª PROMOCIÓN PROGRAMA DE DIRECCIÓN
TRANSFORMACIÓN DIGITAL (PDTD – IE)

JULIO DE 2017

*“En este país tienes que correr todo lo que puedas
para mantenerte en el mismo lugar.
Si quieres ir a alguna parte tienes que correr,
al menos, el doble de rápido”*

Alicia en el País de las Maravillas, por la Reina Roja.

Lewis Carroll

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
1. OBJETIVO Y ALCANCE	8
2. CARACTERIZACIÓN DEL SEGMENTO SEGURO DE SALUD	10
2.1 Algunos datos del sector asegurador a nivel mundial	11
2.2 El sector asegurador en España	12
2.3 Análisis del seguro de salud en España	15
2.3.1 Radiografía del segmento	15
2.3.2 Nivel de madurez tecnológica del sector	27
2.3.3 El cliente del seguro de salud	28
2.3.4. Tendencias: Cambio de “mindset”	30
2.3.5. Cadena de valor y ecosistemas de innovación	44
2.3.6. DAFO	56
3. CONSTRUYENDO EL FUTURO DEL SEGURO DE SALUD	66
3.1 Nuestra visión	67
3.2 Vectores para la transformación	70
3.2.1 Personas: Cultura, modelo organizativo y talento	70
3.2.2 Datos	86
3.2.3 Tecnología	104
3.3 Agenda del CEO: Hoja de Ruta	117
3.4 Una propuesta de valor para la sanidad y las aseguradoras de salud de nuestro país	128

AGRADECIMIENTOS

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS

PRÓLOGO



Este informe no pretende ser un análisis exhaustivo de los elementos que componen y determinan la oferta aseguradora en el ramo de salud. Tan solo pretende ofrecer una radiografía de los vectores que mayor incidencia tienen en un entorno que demanda con urgencia un ejercicio de transformación que ya ha llegado a otros verticales.

Esta hoja de ruta aglutina los retos y las oportunidades que afronta el sector asegurador en el ramo de la

salud, y en ella sus creadores han tenido la valentía de acercar recomendaciones de colaboración entre la esfera pública y la privada en un contexto socio-demográfico complejo, y en el que las mejoras en materia de diagnóstico parecen la única vía para paliar la decreciente rentabilidad técnica.

Está realizado con toda la independencia necesaria y con la mirada crítica de unos profesionales que han sabido leer la cadena de valor de un sector, aflorando oportunidades de desarrollo, rigideces históricas y que generosamente han querido agrupar todas las conclusiones en un informe de fácil lectura y con recomendaciones claras para cualquier profesional de primer nivel en el ramo de la salud.

Para llevar a cabo este informe, los profesionales han tenido que elaborar un proceso de investigación y calificación de voces autorizadas de primer nivel. Al mismo tiempo, el ejercicio de censo de iniciativas innovadoras y disruptoras, ha sido llevado a cabo con una visión integradora y ofrece un panorama de oportunidad preclaro para todos los actores. El bloque de cadena de valor del ramo asegurador de salud, aflora algunas realidades que distan mucho de evolucionar con respecto a la anhelada visión cliente (o paciente). Muchas de las conclusiones de este informe son fruto de la observación del equipo de trabajo y han sido aportadas por profesionales de primer nivel. De hecho, la mayoría de las opciones de este informe están respaldadas por voces autorizadas del ramo asegurador de la salud, lo que confiere a este análisis un compendio poco habitual y valioso de visión compartida.

Quiero felicitar personalmente a Andrea Fabra, Belén Caínzos, Nancy Vega, Juan Manuel Penín y Raúl Retamosa por aportar su visión crítica, su experiencia de otros sectores, su curiosidad, su capacidad de observación y haber sabido dar con un ejercicio de valoración de la salud en materia de transformación de un sector con mucho recorrido.

Deseo de corazón que la lectura de este trabajo aclare dudas, refresque visiones, acelere la transformación del sector, y sobre todo, permita generar un mayor espacio de colaboración entre todos los stakeholders de un sector que aún plantea su oferta de valor con un alto grado de apalancamiento en una visión meramente técnica de gestión del riesgo. La lectura de este informe y de los casos de éxito ofrecen una visión fresca y reveladora de lo que marcará las tendencias de los próximos 2 años en este sector.

Bernardo Crespo

Director del Programa de Dirección de Transformación Digital

OBJETIVO Y ALCANCE

01



El presente informe contiene, a modo de hoja de ruta, una propuesta para hacer efectiva la transformación digital de las aseguradoras de salud en España.

Una guía que permita a este segmento del seguro, de gran importancia económica y vital para el sostenimiento del sistema sanitario de nuestro país, transitar de un modelo tradicional de gestión a otro actualmente caracterizado por la incertidumbre, la velocidad de los cambios y de las innovaciones tecnológicas que hoy se imponen a cualquier actividad empresarial, permitiéndole hacer frente de forma más eficaz y eficiente a un entorno global cada vez más competitivo y donde el asegurado tiene la última palabra.

Tras una investigación y análisis exhaustivos de este vertical, este informe no pretende ofrecer una receta magistral, en la que todos los ingredientes y pasos estén perfectamente medidos y predeterminados, y sean universalmente válidos, sino presentar como recomendaciones algunas medidas y acciones sobre la que los responsables de las distintas compañías del seguro de salud en España puedan ir construyendo su sostenimiento y desarrollo futuros. Creemos firmemente que cada empresa debe diseñar su propio camino, personalizar su actividad, con el fin último de adaptar su cultura, organización, productos y servicios a las necesidades de sus clientes, los asegurados, en cada uno de los momentos significativos de sus vidas.

El principal objetivo del equipo responsable de esta hoja de ruta ha sido el de ser útiles para los profesionales de este segmento. Para ello, nos hemos apoyado en nuestros respectivos conocimientos y experiencias profesionales, en este y otros ámbitos, para, a partir de ahí, y con la colaboración inestimable de numerosos expertos del sector, de las propias aseguradoras, de start-up que persiguen su transformación y de los asegurados del ramo, generar una serie de recomendaciones que consideramos claves en la evolución de cualquier compañía y que pueden ser aplicadas, con igual o mayor eficacia, en la transformación del seguro de salud.

En el presente informe proponemos tres vectores de transformación sobre los que pivotar el cambio: las **personas** (cultura, modelo organizativo y talento), puesto que estamos convencidos de que no habrá cambio alguno si este no es liderado por las personas que forman parte de la organización; los **datos**, como pilar estratégico para la toma de decisiones en todas y cada una de las áreas de la empresa; y la **tecnología**, como elemento facilitador del proceso.

Esperamos que los profesionales que lideran el sector asegurador de nuestro país y, en concreto, los responsables del segmento de seguro de salud, encuentren en este informe la motivación necesaria para acelerar el proceso de transformación de sus compañías, y, quizás, un puñado de ideas sobre las que fundamentar e impulsar sus respectivas estrategias de negocio para conseguirlo.

CARACTERIZACIÓN DEL SEGMENTO SEGURO DE SALUD



2.1 ALGUNOS DATOS DEL SECTOR ASEGURADOR A NIVEL MUNDIAL¹

Según el Fondo Monetario Internacional (FMI), **la economía mundial creció un 3,1% en 2016.**

En 2016 el sector asegurador a nivel mundial tuvo un volumen total de primas de 4,7 billones de dólares (4,6 en 2015): alrededor de un 6% del PIB mundial

Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017.
"El mercado español de seguros en 2016" Madrid

Respecto del sector asegurador a nivel mundial, su **volumen total de primas creció un 2,9% en 2016, hasta alcanzar en términos nominales el valor de 4,7 billones de dólares** (4,6 billones de dólares en 2015), lo que supuso alrededor de un **6% del total del PIB mundial.**

Para situarnos en un contexto global, **el sector asegurador español en 2016 ocupó las siguientes posiciones en la clasificación mundial según informe de Swiss Re y Sigma:**

- **Respecto del volumen de primas**, España ocupa la **15ª posición** (16ª en Vida y 12ª en No Vida).
- **En la clasificación de primas por habitante**, España sigue en la **28ª posición mundial**, con un gasto medio de 1.481,7 dólares.
- **Peso del seguro en nuestra economía**, que en 2016 fue del **5,57% del PIB nacional**, España ocupa la **26ª posición mundial.**

En cuanto a las previsiones, **se prevé una aceleración del sector asegurador a nivel mundial a lo largo de 2017 y 2018**, tanto en los mercados desarrollados como en los emergentes. Como se pone de manifiesto en el Informe "Panorama económico y sectorial 2017" del Servicio de Estudios de la Fundación Mapfre¹: *"Esta previsión es consistente con la elasticidad positiva general del incremento de las primas globales ante el repunte de los tipos de interés y de la inflación, síntoma del proceso de reflación global que se describe a lo largo del informe"*.

¹ Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios (enero 2017). "Panorama económico y sectorial 2017", Madrid.

2.2 EL SECTOR ASEGURADOR EN ESPAÑA

ASPECTOS MACROECONÓMICOS Y DATOS GLOBALES:

La economía española creció un **3,2% en 2016**² apoyada en factores internos, como la ganancia en competitividad, y externos como la caída del precio del petróleo y la depreciación del euro respecto al dólar.

A continuación, se resumen los **principales datos macroeconómicos del sector asegurador de nuestro país** procedentes de la publicación de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) “**Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2016**”, publicado en Madrid en junio de 2017:

- En 2016 el peso del sector asegurador en relación al PIB de España fue del 5,83%

El peso del sector asegurador español alcanzó aproximadamente el 5,83 % del PIB en 2016

Fuente: General de Seguros y Fondos de Pensiones del MINECO, “Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2016”, junio 2017, Madrid)

- Además del dato anterior, la **magnitud más relevante en 2016 es que las primas devengadas brutas ascendieron a un total de 64.920 millones de euros** (frente a los 57.073 millones de euros de 2015), lo que supone que las primas totales del sector **aumentaron un 13,75%**, produciéndose un crecimiento tanto en el ramo de Vida (21,89%), como en los ramos de No Vida, al que pertenece el seguro de salud (7,45%).

Las primas devengadas brutas en 2016 ascendieron a un total de 64.920 millones de euros (un aumento del 13,75% respecto de 2015)

Fuente: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del MINECO, “Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2016”, junio 2017, Madrid

En el siguiente cuadro se muestra la **evolución del seguro en la economía española de 2012 a 2016 en términos de volumen de primas, PIB y población (datos en millones de euros):**

	2012	2013	2014	2015	2016
Primas devengadas brutas	57.746	56.623	56.016	57.073	64.920
PIB a p.m.	1.039.758	1.025.634	1.037.025	1.075.639	1.113.851
Primas brutas/PIB a p.m. (%)	5,55%	5,49%	5,40%	5,31%	5,83%
Primas brutas/habitante (€)	1.222	1.194	1.198	1.224	1.394

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional Trimestral en España, Base 2010

² Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017. “El mercado español de seguros en 2016” Madrid.

RESULTADOS:

Los resultados del sector asegurador español en el ejercicio 2016 muestran una clara mejoría respecto a los registrados en el año anterior. Por una parte, el resultado de la cuenta no técnica ascendió a 4.517 millones de euros (un 23,5% más que en el ejercicio 2015) y, por otra, el resultado de la cuenta técnica mejoró un 21,7% con respecto al año previo, situándose en 5.570 millones de euros³.

Los resultados del sector asegurador español en 2016 muestran una clara mejoría respecto a los del año anterior

Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017.
"El mercado español de seguros en 2016" Madrid

No obstante lo anterior, en un artículo de Eva Contreras publicado en *eleconomista.es* el pasado 20 de febrero de 2017⁴ se pone de manifiesto que el beneficio derivado de la comercialización de pólizas de seguro en nuestro país se ha ido reduciendo, disminuyendo el rendimiento financiero de esta actividad: **"Una realidad que provoca que más del 40% de la industria sea hoy incapaz de ganar dinero con su actividad típica, estima el servicio de estadística del sector ICEA con datos del pasado mes de septiembre"**.

Según el citado informe de ICEA de septiembre de 2016, **frente al buen desempeño de las grandes aseguradoras de nuestro país, más de 100 aseguradoras pequeñas presentan dificultades.**

En 2015, el 10% de las compañías acumulan el 62,1% del beneficio con apenas un 35,9% de los ingresos, mientras que el 90% restante factura 2/3 de la facturación, pero con márgenes muy estrechos, llegando a sumar un 40% de la ganancia sectorial

Fuente: Contreras, E., 20 de febrero de 2017. El negocio asegurador no es rentable para el 40% de la industria. El Economista con datos de ICEA

EMPLEO DIRECTO⁵ E INDUCIDO⁶:

En 2016 el sector asegurador en España supuso el empleo directo de cerca de 48.500 personas

Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro, junio 2017,
"Memoria Social del Seguro 2016", Madrid

Según la "Memoria Social del Seguro 2016" de UNESPA (Asociación Empresarial del Seguro), que recoge datos de la **Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP)** del MINECO correspondientes **al año 2015**, el empleo directo en entidades aseguradoras en España alcanzó un **total de 48.500 personas.**

El sector asegurador en España en 2016 supuso el empleo inducido de más de 500.000 personas

Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro, junio 2017,
"Memoria Social del Seguro 2016", Madrid



³ Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017. "El mercado español de seguros en 2016" Madrid.

⁴ Contreras, E. (20 de febrero de 2017). El negocio asegurador no es rentable para el 40% de la industria. El Economista.

Recuperado de <http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/8166933/02/17/El-40-de-la-industria-aseguradora-se-encuentra-en-perdidas.html>

⁵ Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro (junio 2017). "Memoria Social del Seguro 2016", Madrid.

⁶ Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro (junio 2017). "Memoria Social del Seguro 2016", Madrid.

Para calcular el empleo inducido que supone el sector asegurador en España en relación con sus proveedores, se suelen utilizar datos sobre el coste salarial medio (encuestas de salarios del INE - Instituto Nacional de Estadística).

Aplicando dicha ratio, se puede afirmar que **en 2016 en España el sector asegurador supuso el empleo de algo más de 500.000 personas, la mayoría de ellas derivadas del seguro de salud y de los talleres de reparación de vehículos.**

Asimismo, es preciso destacar que **este empleo inducido se ha sostenido en los años de la crisis económica**, a pesar de la intensa pérdida de puestos de trabajo en toda España.

ESTRUCTURA: ENTIDADES ASEGURADORAS Y MEDIADORES⁷

• Entidades Aseguradoras:

En 2016 había 217 entidades inscritas en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras (23 menos que en 2015)

Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017.
"El mercado español de seguros en 2016" Madrid

A 31 de diciembre de 2016 había un total de **217 entidades inscritas en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras**, 23 menos que el año 2015, lo que confirma la **tendencia de los últimos años de reducción del número de entidades**, pero que, según algunos expertos supone todavía una fragmentación excesiva.

• Mediadores:

A 31 de diciembre de 2015 había un total de 89.530 agentes y corredores de seguros en España

Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017.
"El mercado español de seguros en 2016" Madrid

De acuerdo con los últimos datos disponibles de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) del MINECO, a 31 de diciembre de 2015 había en España un **total de 89.530 agentes y corredores de seguros (4,3% menos que en 2014)**, de los cuales el 97,2% estaba registrado por la propia DGSFP y el restante 2,8% por las Comunidades Autónomas:

La **composición de los citados 89.530 agentes y corredores de seguros a finales de 2015** era la siguiente:

- 84.082 eran agentes y operadores exclusivos.
- 548 agentes y operadores de bancaseguros vinculados.
- 4.900 corredores de seguros.

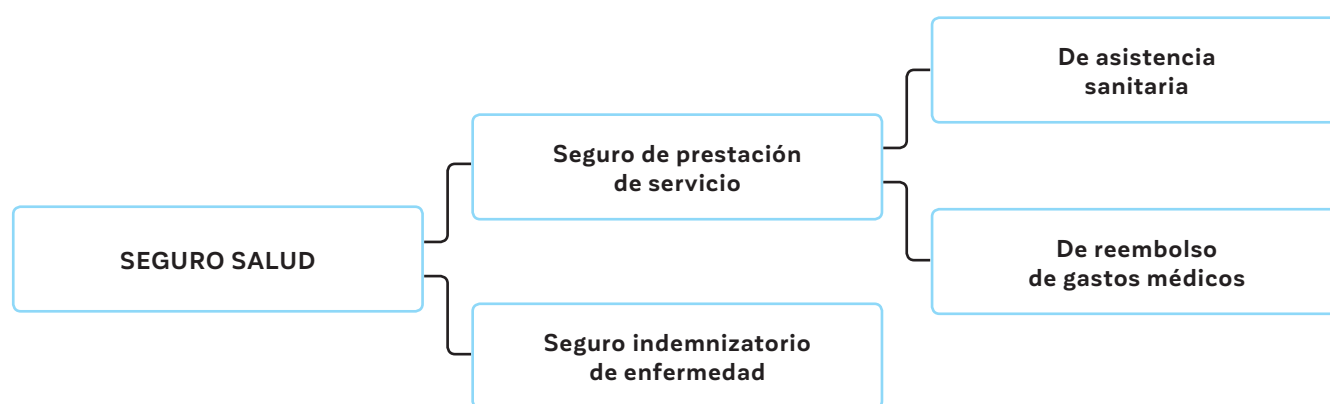
⁷ Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017. "El mercado español de seguros en 2016" Madrid.

2.3 ANÁLISIS DEL SEGURO DE SALUD EN ESPAÑA

2.3.1 RADIOGRAFÍA DEL SEGMENTO

CARACTERIZACIÓN Y PRINCIPALES MAGNITUDES:

- Composición del seguro de salud en España⁸



⁸ Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro (mayo 2016), "Memoria Social del Seguro 2015" Madrid.

Antes de entrar a analizar desde el punto de vista económico el segmento del seguro de salud en nuestro país, es imprescindible tener en cuenta que **su composición es bastante compleja**.

El **seguro de salud está compuesto de los siguientes elementos**:

1. El **SEGURO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, mediante el que se proporciona al asegurado una serie de atenciones de salud con cargo a su póliza.

Este seguro puede ser:

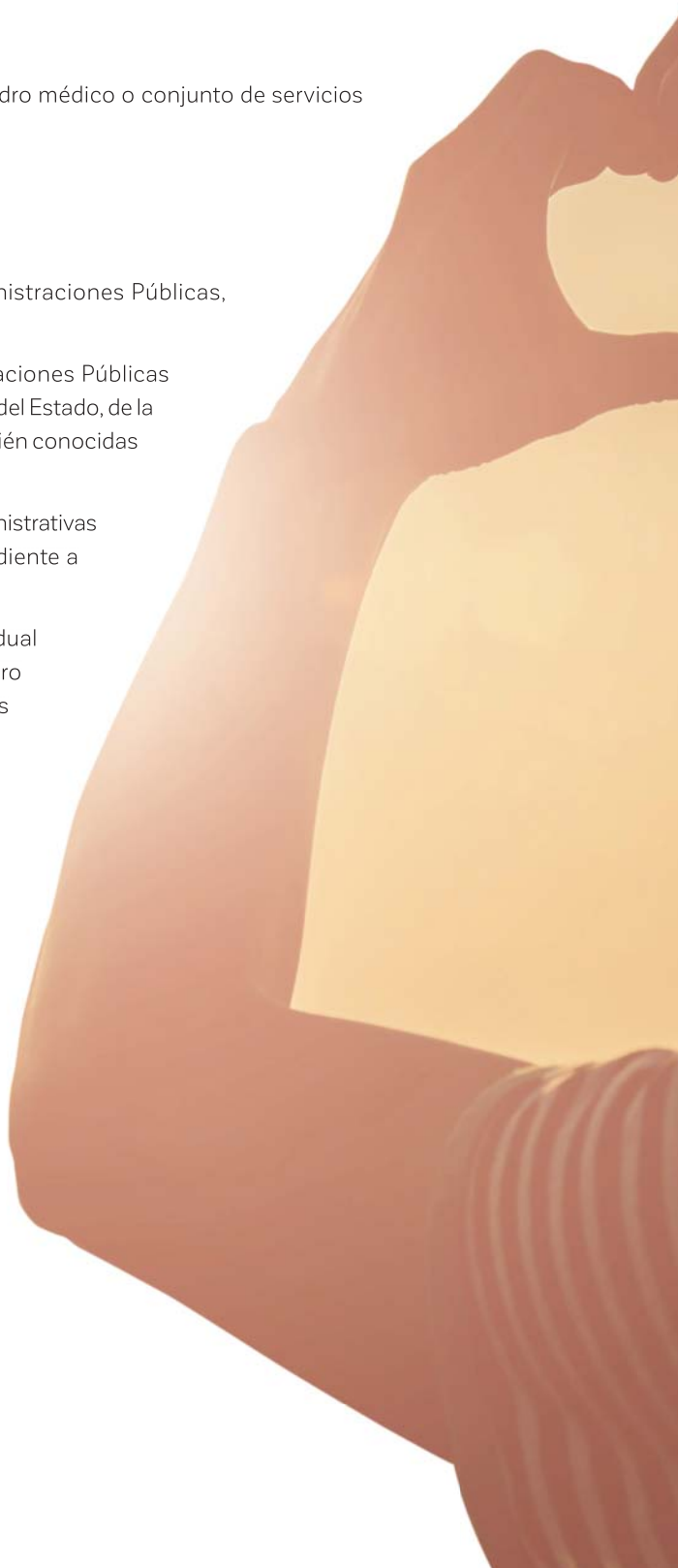
A) **DE ASISTENCIA SANITARIA**: Facilita al asegurado un cuadro médico o conjunto de servicios cerrado del que hace uso sin más pago que la prima.

A su vez, este seguro puede ser:

- I) De contratación individual.
- II) De contratación colectiva fuera del ámbito de las Administraciones Públicas, normalmente empresas.
- III) De contratación colectiva en el ámbito de las Administraciones Públicas (mutualidades de funcionarios de la Administración Central del Estado, de la Administración de Justicia, o de las Fuerzas Armadas, también conocidas como MUFACE, MUGEJU e ISFAS).
- IV) Prestación de salud servida a través de las concesiones administrativas de infraestructuras públicas, en la proporción correspondiente a entidades aseguradoras.
- V) Seguro específico para prestaciones dentales, tanto individual como colectivo (dado que muchas personas tienen seguro dental además de otro tipo de póliza de salud, sus asegurados habitualmente no se computan al agregar la cifra total de asegurados).

B) El **DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**: No facilita al asegurado un cuadro médico cerrado (o no sólo), sino que también ofrece la elección propia del servicio con abono por parte del asegurado de una parte de la factura.

2. El **SEGURO INDEMNIZATORIO DE ENFERMEDAD**: Este seguro no provee servicios de salud, sino que indemniza a las personas por diversas causas relacionadas con la salud que le puedan suponer una detención de sus ingresos o la pérdida de su capacidad de ganancia (lo que se suele denominar incapacidad laboral transitoria o ILT privada que provoca la enfermedad). Este seguro también puede ser individual o colectivo.





- **Número de asegurados de salud**

En 2016 el seguro de salud tuvo 11.144.532 asegurados en España (casi 400.000 más que en 2015)

Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro, junio 2017, "Memoria Social del Seguro 2016", Madrid

Según la **"Memoria Social del Seguro 2016"** publicada en Madrid por **UNESPA** (Asociación Empresarial del Seguro), el seguro de salud en nuestro país tenía una **cifra total de asegurados en ese ejercicio de 11.144.532**, lo que representaba un crecimiento significativo sobre el año 2015 de casi 400.000 personas (según datos de ICEA, supuso un 3,43% más que en el año 2015).

Un 20,6% de la población española disponía de un seguro de salud de prestación de servicios en 2016

Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro, junio 2017, "Memoria Social del Seguro 2016", Madrid

Estos datos ponen de manifiesto la **estabilidad en la tasa de penetración de este producto en la sociedad española**. Un **20,6% de la población cuenta con un seguro de salud de prestación de servicios**; porcentaje que se elevaría a un 24% si al seguro de prestaciones sanitarias le sumamos el de indemnización por enfermedad.

En el segmento del seguro de salud en España, el seguro de asistencia sanitaria sigue siendo el mayoritario con algo más de 8,8 millones de asegurados en 2016

Fuente: UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro, junio 2017, "Memoria Social del Seguro 2016", Madrid

En la citada **"Memoria Social del Seguro 2016"** de UNESPA, con datos de ICEA, se indica que **el seguro de asistencia sanitaria es el mayoritario** en este segmento del seguro de salud en España con **algo más de 8,8 millones de asegurados** (8.833.221), muy repartidos entre los de contratación individual y colectiva. Por su parte, el seguro de reembolso tuvo mucha menos penetración alcanzando la cifra de 734.833 asegurados y el seguro indemnizatorio por enfermedad supuso un total de 1.576.477 asegurados.

Según ICEA, **en 2016 el 68,6% de los asegurados de salud son particulares** (los más rentables para las aseguradoras) **y el 31,4% colectivos**, es decir, trabajadores de empresas con seguro de salud. Este grupo es el que más ha crecido en 2016, con un 6,62% de incremento respecto 2015.

Madrid, Cataluña, Baleares y Ceuta son las que presentan una mayor tasa de penetración del seguro de salud en nuestro país en 2016

Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017. "El mercado español de seguros en 2016", Madrid)

Por otra parte, UNESPA en la citada “*Memoria Social del Seguro 2016*” pone de manifiesto que el seguro de salud en nuestro país tiene una **distribución geográfica muy desigual** entre las diferentes CC.AA. Así **Madrid, Cataluña, Baleares y Ceuta son las regiones que presentan una mayor tasa de penetración este segmento de seguro en 2016**, mientras que las que menor tasa tienen son Cantabria, Navarra, Murcia y Castilla – La Mancha.

- **Segmento con alta concentración**

El segmento del seguro de salud en España presenta un alto grado de concentración en 2016: Las 5 primeras entidades representan el 72% del total de las primas

Fuente: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del MINECO, “Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2016”, junio 2017, Madrid)

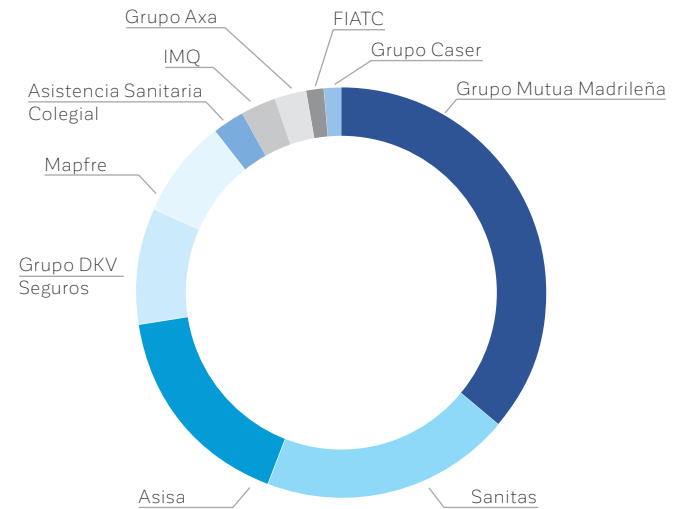
El mercado del seguro de salud en España tiene un **alto grado de concentración**. Según el estudio “**Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2016**” de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad: “Al cierre de 2016 operaban en Salud 97 entidades aseguradoras. Las **5 primeras entidades representan un 72% del total de las primas**, lo que supone un nivel de concentración muy similar al del año anterior (71,95%)”. Se trata de **SegurCaixa Adeslas, Sanitas, Asisa, DKV y MAPFRE**.

Por otra parte, según datos de ICEA – El País, **las 10 primeras aseguradoras de salud en España acumulan en 2016 el 82,61% del mercado** con la siguiente distribución:

LAS DIEZ PRIMERAS COMPAÑÍAS EN SALUD

● Grupo Mutua Madrileña (SegurCaixa Adeslas)	28,31
● Sanitas	15,87
● Asisa	13,91
● Grupo DKV Seguros	7,22
● Mapfre	6,48
● Asistencia Sanitaria Colegial	2,50
● IMQ	2,44
● Grupo Axa	2,19
● FIATC	1,96
● Grupo Caser	1,73

Cuota de mercado (%)



Las diez primeras empresas acumulan el **82,61%** del mercado.

82,61%

• Segmento en crecimiento⁹

En 2016 el crecimiento del seguro de salud en España fue de un 5,1% respecto de 2015 que fue de un 3,2%, alcanzando un volumen total de primas de 7.737 millones

Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017. "El mercado español de seguros en 2016", Madrid

Como se pone de manifiesto en el estudio "El mercado español de seguros en 2016" elaborado por el Servicio de Estudios de la Fundación MAPFRE, el seguro de salud en nuestro país se ha mantenido en tasas positivas de crecimiento a lo largo de toda la crisis económica, con un **incremento** mínimo del 2,2% de 2013 que se ha elevado al **5,1% en 2016**, alcanzando un **volumen total de primas de 7.737 millones de euros**.

El seguro de salud en España ha tenido tasas positivas de crecimiento a lo largo de toda la crisis económica

Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios, junio 2017. "El mercado español de seguros en 2016", Madrid)

Asimismo, el citado informe indica que: "A este crecimiento ha ayudado sin duda el buen comportamiento de la economía española. Con este dato se acerca a crecimientos parecidos a los obtenidos en 2009, **siendo el único ramo de No Vida que no ha dejado de crecer durante la crisis económica hasta la actualidad**, representando ya el 23,6 % del total de los ramos No Vida".

9 Fuente: Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios (junio 2017). "El mercado español de seguros en 2016", Madrid

Dentro de los seguros de No Vida, **el seguro de salud en nuestro país se ha situado como el segundo segmento con mayor cuota de mercado, solo superado por los seguros de automóviles.**

Mención especial cabe hacer respecto de la **evolución positiva del seguro dental en nuestro país en estos últimos años.** Efectivamente, **ha crecido tanto el número de asegurados como el número de primas, con crecimientos de dos dígitos en los últimos cinco años.**

El seguro dental en España ha aumentado significativamente desde 2011 a 2015, pasando de 2,11 millones de asegurados en 2011 a 3,71 millones en 2015

Fuente: Informe del Servicio de Estudios de la fundación MAPFRE, julio 2016, "El mercado español de seguros en 2015", Madrid

Según datos de ICEA en su "Informe de Salud 2015", **desde 2011 a 2015 ha aumentado significativamente el número total de asegurados con pólizas dentales en nuestro país**, pasando de los 2,11 millones de asegurados en 2011 a un total de 3,71 millones en 2015. Asimismo, el volumen total de primas de los seguros dentales en España ha aumentado también desde 2011 a 2015, pasando de 125,6 millones de euros en 2011 a los 214,6 millones de euros en 2015.

Las citadas cifras de crecimiento ponen de manifiesto que los seguros dentales en nuestro país están suponiendo un **nicho de mercado muy atractivo y rentable para las aseguradoras de salud, aunque se está intensificando la competencia con precios a la baja.** Desde 2001 a 2015 el **precio medio de la prima de un seguro dental en nuestro país ha bajado un 0,7% hasta situarse en 57,8 euros por póliza** y es una tendencia que se prevé se mantenga en los próximos años.

No obstante, dentro de los seguros de salud, **se trata de un tipo de pólizas todavía de bajo volumen en nuestro país, pero con un alto potencial de crecimiento en los próximos años.**



PERSPECTIVAS PARA 2017:

Como se ha indicado anteriormente, y ha comentado recientemente la Presidenta de UNESPA, Pilar González de Frutos¹⁰: *"Aunque la evolución del seguro de Salud viene siendo muy regular contemplada en una serie histórica, **2016 ha sido especialmente importante para el ramo**, por lo que supone de corrección clara de la senda de debilitamiento de la evolución porcentual que se había experimentado con la crisis económica y el consiguiente deterioro de la renta de los hogares"*

Nuevos players en este segmento: Línea Directa y la mutua profesional PSN. Nuevas alianzas: Banco Santander y Aegon

Fuente: Marqués, J. y Vigario A., 6 de abril de 2017. "El seguro de salud no para de crecer: ya lo tienen 10 millones de españoles". El Economista

En un artículo de Juan Marqués y Alberto Vigario publicado en el economista.es, el pasado 6 de abril de 2017, con el título *"El seguro de salud no para de crecer..."*¹¹, **el crecimiento continuado del seguro de salud en nuestro país ha hecho que este segmento resulte atractivo para nuevos players y nuevas alianzas: "Línea Directa o, más recientemente, la mutua profesional PSN han anunciado el lanzamiento por primera vez de productos en este ramo que alumbra también nuevas alianzas, como la protagonizada por el Banco Santander y Aegon como socio único en el negocio de seguros de salud"**.

Como apunta en dicho artículo Iñaki Ereño, Consejero Delegado de Sanitas: *"Cuando empezó la crisis se comprobó que el ramo sanitario no era considerado un seguro normal. **El seguro de salud se ve como un servicio, lo que le da un grado de fidelidad que no tienen otros**"*.

Continúa dicho artículo, manifestando que **la rentabilidad sigue mejorando cada ejercicio**, y a este respecto recoge unas declaraciones de Javier Murillo, Consejero – Director General de SegurCaixa Adeslas, compañía líder en el segmento de seguros de salud en España (según datos de ICEA alcanzó un 28,31% de cuota de mercado en 2016) asegura que **"la evolución de las prestaciones pagadas apunta a una ligera mejora del margen técnico en el ramo sobre el ejercicio anterior"**.

Iñaki Ereño, Consejero Delegado de Sanitas: *"...el seguro de salud seguirá creciendo este año (por 2017) al mismo nivel, pero el margen de rentabilidad no creo que siga esta línea. En mi opinión, el margen va a estar estancado o incluso bajará"*

Fuente: Marqués, J. y Vigario A., 6 de abril de 2017. "El seguro de salud no para de crecer: ya lo tienen 10 millones de españoles". El Economista

Prosigue el artículo afirmando que **la siniestralidad o los costes en los que las compañías incurren en prestaciones alcanzarían el 73,8% de sus ingresos**, aunque no todos creen que el margen de rentabilidad pueda seguir esta evolución positiva. Como asegura Iñaki Ereño *"El coste medio del servicio médico sube cada año dos puntos por encima del PIB. Creo que **el seguro de salud seguirá creciendo este año al mismo nivel, pero el margen de rentabilidad no creo que siga esta línea. En mi opinión, el margen va a estar estancado o incluso bajará**"*.

10 Velasco, G. (14 de marzo de 2017). "El complejo y desafiante futuro del Seguro de Salud". Capital Madrid. Recuperado de <https://www.capitalmadrid.com/2017/3/14/45506/el-complejo-y-desafiante-futuro-del-seguro-de-salud.html>

11 Marqués, J. y Vigario A. (6 de abril de 2017). "El seguro de salud no para de crecer: ya lo tienen 10 millones de españoles". El Economista. Recuperado de <http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/8276257/04/17/El-seguro-de-salud-no-para-de-crecer-ya-lo-tienen-10-millones-de-espanoles.html>

El seguro colectivo: principal motor de crecimiento del seguro de salud en España en los últimos años (31,8% de asegurados y un aumento de un 6,8% en el número de trabajadores asegurados)

Fuente: Marqués, J. y Vigario A., 6 de abril de 2017. "El seguro de salud no para de crecer: ya lo tienen 10 millones de españoles". El Economista"

Respecto del **seguro colectivo**, en el artículo que se viene reseñando se dice que **"está siendo el gran motor de crecimiento del segmento de seguro de salud en nuestro país en los últimos años. Representa el 31,8% de asegurados y presenta un incremento en el número de trabajadores asegurados del 6,8%".** Continúa diciendo que **cada vez son más las empresas, corporaciones e instituciones las que ofrecen este tipo de seguro a sus trabajadores que lo consideran el beneficio social mejor valorado.**

El seguro individual no ha dejado tampoco de crecer, representando el 68% de los asegurados

Fuente: Marqués, J. y Vigario A., 6 de abril de 2017. "El seguro de salud no para de crecer: ya lo tienen 10 millones de españoles". El Economista"

Respecto del **seguro individual**, en el citado artículo se indica que "representa algo menos de la mitad en términos de primas, pero el **68% de los asegurados**, tampoco ha dejado de crecer apoyado, sobre todo, en la evolución de la prima media más que en el número de clientes". Situación muy distinta es la del **seguro de salud de los funcionarios a través del sistema de mutualismo administrativo** que proporciona cobertura a 2 de cada 10 asegurados. Como se indica en este artículo "De los términos que se acuerden la renovación del concierto para 2018 con Muface dependerá que **este segmento de mercado que alcanza los 1.540 millones de euros en 2016** sume como en este ejercicio el 1,7% o reste en el próximo. **Solo SegurCaixa Adeslas y Asisa prestan asistencia sanitaria a los mutualistas de las tres mutualidades (Muface, Mugeju e Isfas) existentes en España**".





Jaime Ortiz, Director Comercial y Marketing de Asisa: “Es probable... que el ramo de salud siga creciendo en primas y asegurados, aunque el crecimiento se verá lastrado por el estancamiento de las primas de las mutualidades públicas”

Fuente: Marqués, J. y Vigario A. (6 de abril de 2017). “El seguro de salud no para de crecer: ya lo tienen 10 millones de españoles”. El Economista”

En cuanto a las perspectivas de este segmento de seguro en 2017 en nuestro país que se recogen también en este artículo, **Jaime Ortiz, Director Comercial y Marketing de Asisa**, tercera compañía de este segmento, opina que “Es probable que en los próximos trimestres se consolide la tendencia positiva y que el ramo de salud siga creciendo en primas y en asegurados, aunque **el crecimiento se verá lastrado por el estancamiento de las primas de las mutualidades públicas**”.

Datos ICEA de enero a agosto de 2017: El ramo de asistencia sanitaria ha crecido un 4,64%, el de reembolso un 1,04%, mientras que el de subsidio (indemnizatorio de enfermedad), ha decrecido un 14,83%.

Fuente: ICEA. Crecimiento del Sector Asegurador por Ramos y Modalidades. Enero a agosto de 2017

A este respecto, **con los últimos datos de ICEA, de enero a agosto de 2017**, sobre el crecimiento del Sector Asegurador en nuestro país por ramos y modalidades, se pone de manifiesto que **el ramo de asistencia sanitaria ha crecido un 4,64%, el de reembolso un 1,04%, mientras que el de subsidio (indemnizatorio de enfermedad) ha decrecido en dicho periodo un 14,83%**.

Desde principios de 2016 se observa una fuerte competencia en precios, sobre todo entre SegurCaixa Adeslas y Sanitas, que está marcando la evolución de la venta de seguros de salud en nuestro país

Fuente: ICEA. Crecimiento del Sector Asegurador por Ramos y Modalidades. Enero a agosto de 2017

No obstante, **desde principios de 2016 la fuerte competencia en precios está marcando la evolución de la venta de seguros de salud en nuestro país**. Efectivamente, como se pone de manifiesto en un artículo de Miguel Moreno Mendieta publicado en Cinco Días el 27 de enero de 2016¹²: **“Las dos mayores firmas del sector, SegurCaixa Adeslas y Sanitas son las que están siendo más agresivas en sus políticas de precios**. La primera tiene una cuota de mercado del 28%, incluyendo su acuerdo para dar cobertura a los funcionarios amparados por Muface, mientras que Sanitas controla un 18% de esta modalidad de seguros”.



Según un **estudio de la consultora Global Actuarial**, SegurCaixa Adeslas citado también en el mencionado artículo publicado en Cinco Días, ofrece pólizas familiares de salud a un precio mensual de 105 euros, mientras que Sanitas las comercializa a 107 euros. **Por término medio, las 10 compañías analizadas venden sus seguros de salud a 134,7 euros.**

En el citado estudio, se pone de manifiesto que la **“prima media de los seguros de salud ha caído un 6,3 durante el pasado ejercicio (se refiere a 2015) debido a la mayor agresividad comercial en todos los segmentos”** y que **“los mayores descuentos se están produciendo en pólizas para familias con hijos, con caídas superiores al 7%”**. Este estudio, ha determinado que la **prima media de un seguro de salud en España por persona asegurada** (incluyendo los menores), era en ese momento de **48.64 euros**.

Íñaki Ereño, Consejero Delegado de Sanitas “Hace unos años lo habitual es que la prima media estuviera entre 60 y 70 euros, mientras que ahora vamos a los 50 euros, o incluso menos, una caída preocupante”

Fuente: Artículo de Miguel Moreno Mendieta en Cinco Días, del 27 de enero de 2016

Esta tendencia de reducción de precios por la mayor competencia en este segmento, se pone también de manifiesto en otro artículo reciente de Miguel Moreno Mendieta publicado en Cinco Días, el pasado 14 de septiembre de 2017: **“Línea Directa rompe el mercado de seguros de salud con pólizas a 14 euros”**,¹³ en el que se indica que Línea Directa, propiedad del grupo Bankinter, va ofrecer su póliza de salud más barata a 14 euros al mes en su promoción inaugural. Como se recoge en este artículo, **Miguel Ángel Merino, Consejero Delegado de la Línea Directa Aseguradora**, en la presentación de la marca con la que comercializará este tipo de seguros, Vivaz Seguros, declaró que: **“Si se agudiza la guerra de precios en el ramo de salud no nos importa, porque es algo que beneficia al cliente”** y también que **“La clave es ofrecer precios muy competitivos sin deteriorar el servicio, sin apretar a los médicos, que son muy importantes para nosotros. Y con nuestro modelo de negocio lo podemos ofrecer”**.

Como se pone de manifiesto también en el citado artículo, en este **contexto de continuo incremento en el número de pólizas, de reducción de precios por el aumento de la competencia, con un incremento de los costes asistenciales derivado de la aplicación de las nuevas tecnologías médicas, el aumento de la edad de los asegurados por el envejecimiento de la población, el uso cada vez mayor de sus pólizas por parte de los asegurados**, etc., es en el que el seguro de salud se está desarrollando en nuestro país.

¹² Moreno Mendieta, M. (27 de enero de 2016). “Adeslas y Sanitas las más baratas en seguros de salud”. Cinco Días. Recuperado de https://cincodias.elpais.com/cincodias/2016/01/25/mercados/1453735372_582824.html

¹³ Moreno Mendieta, M. (14 de septiembre de 2017). “Línea Directa rompe el mercado de seguros de salud con pólizas a 14 euros”. Cinco Días. Recuperado de https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/09/13/companias/1505298723_525810.html?por=mosaico

Prosigue dicho artículo indicando que, en este segmento del seguro de salud en nuestro país, que **ganó 494 millones de euros en 2016, un 8,4% más que en 2015**, hay que seguir creciendo captando nuevos clientes: **“incrementando las coberturas, muchas de ellas centradas en la prevención; y buscando nuevos segmentos de negocio**. Recientemente se han podido ver en el mercado seguros especializados en personas con diabetes, en estudiantes extranjeros, en gimnastas, en mujeres, en autónomos, en mayores de 60 años, productos exclusivos solo para consultas y urgencias...” (por ejemplo: Línea Directa ha puesto en marcha Vivaz Actividad, que permite medir la distancia recorrida por el asegurado para así lograr descuentos en la renovación de su póliza).

Javier Murillo, Consejero – Director General de SegurCaixa Adeslas, pronostica para 2017 un crecimiento estimado para el seguro de salud en España de alrededor de un 4%”

Fuente: Jornadas sobre Perspectivas del Seguro y Economía para el año 2017, 24 de enero de 2017”

Por otra parte, **Javier Murillo, Consejero – Director General de SegurCaixa Adeslas**, en las Jornadas sobre Perspectivas del Seguro y la Economía para el año 2017, realizadas el 24 de enero de 2017, **pronosticó un crecimiento estimado de este segmento en 2017 de alrededor del 4%.**

En dichas Jornadas, Javier Murillo expuso las **principales tendencias del seguro de salud en España para 2017**, que podrían resumirse en las siguientes:

- **Mantenimiento de la tendencia al crecimiento en número de asegurados.**
- **Mayor oferta de productos en busca de nuevos segmentos de clientes.**
- **Fuerte rivalidad entre operadores por crecer y captar cuota de mercado.**
- **Presión al alza de los costes de prestación sanitaria.**
- **Nuevos conciertos de funcionarios para 2018.**

En definitiva, según declaraciones de Javier Murillo, recogidas en el citado artículo de Miguel Moreno Mendieta “Línea Directa rompe el mercado de seguros de salud con pólizas a 14 euros”: “El sector ha sido capaz de ofrecer productos y servicios a una población que ha mostrado gran sensibilidad a este tipo de prestaciones relacionadas con la salud y dispuesta a pagar por su aseguramiento” y que **“es un ramo con un magnífico presente y futuro por delante”.**



2.3.2 NIVEL DE MADUREZ TECNOLÓGICA DEL SECTOR

No pretendemos en este punto desarrollar una metodología de análisis de la madurez digital del segmento puesto que eso sería, en sí mismo, un complejo informe que merecería publicación aparte. Tan solo queremos hacer una fotografía cualitativa atendiendo a las opiniones recogidas, a las observaciones de la actividad de marketing y a la experimentación con las herramientas de atención al cliente de las que disponen las diferentes aseguradoras (app, web, plataforma telefónica y atención presencial) a lo largo del proceso de investigación.

Todas las personas entrevistadas han respondido a la pregunta “En tu opinión, *“¿crees que el segmento de seguros de salud en España está en un nivel de madurez digital mayor o menor que la media de los sectores?”*. Su respuesta ha sido casi unánime, **“Menor, mucho menor. estamos años por detrás de otros sectores”**. Esto ya nos da una medida clara de la posición del sector en este punto.

Pero, profundizando en sus respuestas, hay algunas pistas que nos confirman objetivamente esta opinión. Por ejemplo:

- De forma general, **presentan disponibilidad escasa de los datos de e-mail y/o teléfono** de una parte relevante de sus clientes.
- Solo se ha identificado a **una compañía que permita gestionar la contratación completa online**.
- Si bien prácticamente todas disponen de apps en los marketplace habituales, **sólo una de ellas permite gestión de citas** y muy pocas ofrecen datos personalizados. Se limitan a ofrecer buscador de cuadros médicos, dirección de clínicas y consulta de la oferta general.
- **Ninguna ofrece una experiencia de cliente multicanal**. Por supuesto, la omnicanalidad está lejos de ser acometida.
- El **nivel de desarrollo del nivel de marketing digital aplicado es bajo**, a tenor de la experiencia tenida tras las diferentes solicitudes de ofertas de póliza realizadas durante la investigación.
- Tan **solo en dos de los comités de dirección analizados se encuentran personas con talento digital** o con responsabilidad directa sobre proyectos de transformación.
- Sólo se identifica **una aseguradora que en su organización haya talento dedicado a Big Data** y foco en su desarrollo.
- **De las memorias anuales analizadas, tan solo en dos se observa un foco claro en la innovación y se le dedica un espacio relevante en la misma**.

El análisis conjunto de las opiniones recabadas y de las evidencias recogidas nos permiten hacer un diagnóstico que consideramos válido al nivel de detalle que se pretende dar en este apartado. Este diagnóstico confirma lo declarado por el propio sector y es que **las aseguradoras de salud se encuentran un paso atrás en su nivel de madurez digital en comparación a la media de sectores de actividad económica en España**.

No obstante, es cierto que el nivel de dispersión identificado en los niveles de madurez digital es alto y que, por un lado, se han identificado algunas aseguradoras que están muy por delante de la media del segmento y que podrían compararse con la banca, mientras que otras están claramente por detrás en sus niveles de digitalización y transformación.

2.3.3. PERFIL DEL CLIENTE DEL SEGURO DE SALUD

El perfil de los clientes de un seguro de salud no ha cambiado en los últimos años en sus características sociodemográficas.

Las aseguradoras saben que los seguros de salud son una de las tipologías de servicios con los que más tarde una persona toma contacto directo en su vida. Sin duda, antes se habrá comprado ropa en multitud de tiendas y en internet pagando con una tarjeta bancaria, tendrá móvil, PC, tablet, habrá viajado, quizá se haya comprado moto o coche y lo haya tenido que asegurar y, quizá, hasta se haya emancipado y esté haciendo él directamente la compra para su casa y no para la de sus padres. Y, durante este tiempo, no habrá pensado en un seguro de salud.

Habitualmente, son **tres los motivos principales para contratar un seguro de salud:**

Porque forme parte de los beneficios sociales que ofrece la empresa donde trabaja.

Porque, teniendo una situación estable, haya decidido tener hijos.

Por tradición, dispone de seguro de salud proporcionado por su familia desde edad muy temprana

Por tanto, el perfil tipo del cliente de un seguro de salud es la de una persona que accede a su seguro a la edad de 30 años, es de clase media, media-alta y alta y reside, principalmente, en entornos urbanos de las Comunidades Autónomas de Madrid, Baleares o la provincia de Barcelona.”

Según fuentes del sector, las aseguradoras suelen segmentar a su cartera de clientes en los siguientes cluster:

					
INDIVIDUAL	FAMILIAR	AUTÓNOMOS	PYMES	GRANDES EMPRESAS	COLECTIVOS ABIERTOS (Asociaciones o colegios profesionales)

Los tres primeros se refieren a pólizas firmadas directamente con particulares, mientras que el resto se refieren a las firmadas con intermediarios entre la aseguradora y el cliente final.

La diferencia entre estos cluster radica en la oferta que se realiza en cada caso, donde las coberturas y los precios pueden ser más agresivos cuanto mayor sea el número de personas que representa cada colectivo.

Según las mismas fuentes, **el cliente de una aseguradora de salud es más fiel que los clientes del resto de sectores relacionados con la prestación de servicios.** No hay datos oficiales conocidos pero diferentes fuentes del sector hablan de una horquilla de bajas anuales de entre un 5 y un 15%. Los principales motivos para darse de baja son, bien porque en el cuadro médico deja de estar su especialista de confianza, o bien, porque el motivo para darse de alta ya no existe. Este último caso es común entre mujeres en edad fértil que desean que el embarazo y parto sean atendidos por un mismo profesional o en instalaciones que les asegure la máxima intimidad.

Mucho es lo analizado y escrito sobre los cambios que se están produciendo en la relación que los clientes exigen tener con las empresas. También esta tendencia está ocurriendo entre los clientes de los seguros de salud aunque, por ahora, las aseguradoras parecen darse cuenta más lentamente que otros sectores. Las aseguradoras de salud, en general, han empezado a preguntar a los clientes por sus gustos y demandas hacia las aseguradoras y se está empezando a crear un mapa mental de qué desean sus clientes hace relativamente poco tiempo.

En este sentido, existen informes interesantes al respecto entre los que destacamos el Barómetro de la Sanidad Privada 2017 del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad), de donde se obtienen inputs muy cualificados sobre la opinión de los clientes hacia las aseguradoras privadas de salud.

Según este Barómetro:

- Los usuarios **de la Sanidad Privada son usuarios igualmente de la Sanidad Pública** y, por tanto, valoran objetivamente ambos servicios.
- Tienen un alto grado de satisfacción con la sanidad privada en comparación con la sanidad pública. **Valoran con 7,6 puntos sobre 10 a la sanidad privada y con 6,1 a la sanidad pública.**
- **Visitan con mayor asiduidad los servicios de la sanidad privada** que los de la sanidad pública.
- **A mayor uso de la sanidad privada mayor es el grado de satisfacción.** Los que no la han utilizado todavía le otorgan una valoración de 7,0, los que la han utilizado hace más de un año la valoran con 7,3 y finalmente, la puntuación más alta se la asignan los que la han utilizado en el último año con 7,7 puntos.
- **9 de cada 10 usuarios recomendaría la sanidad privada.**
- Los aspectos más valorados de la sanidad privada son:
 - La amplia cobertura de especialistas.
 - la posibilidad de elección de especialista y centro.
 - La rapidez en la obtención de citas.
 - El trato recibido por parte del profesional sanitario.
 - El reducido tiempo de espera para la realización de pruebas diagnósticas (hasta 5 veces menor que la sanidad pública).

También las propias aseguradoras están empezando a analizar los cambios de hábitos por parte de sus clientes, analizando sus nuevos perfiles de uso y su nivel de madurez tecnológica. Por ejemplo, Sanitas organiza anualmente Foro Sanitas, un evento en el que se analizan las tendencias que más podrían afectar al sector. En su edición de 2015, se analizaron las nuevas características de los clientes de la sanidad privada y qué relación tenían con la tecnología.

La principal conclusión de este foro fue que **los clientes, hoy (2015), quieren saber, entender y discutir. Y hacen lo que esté en su mano para informarse.**

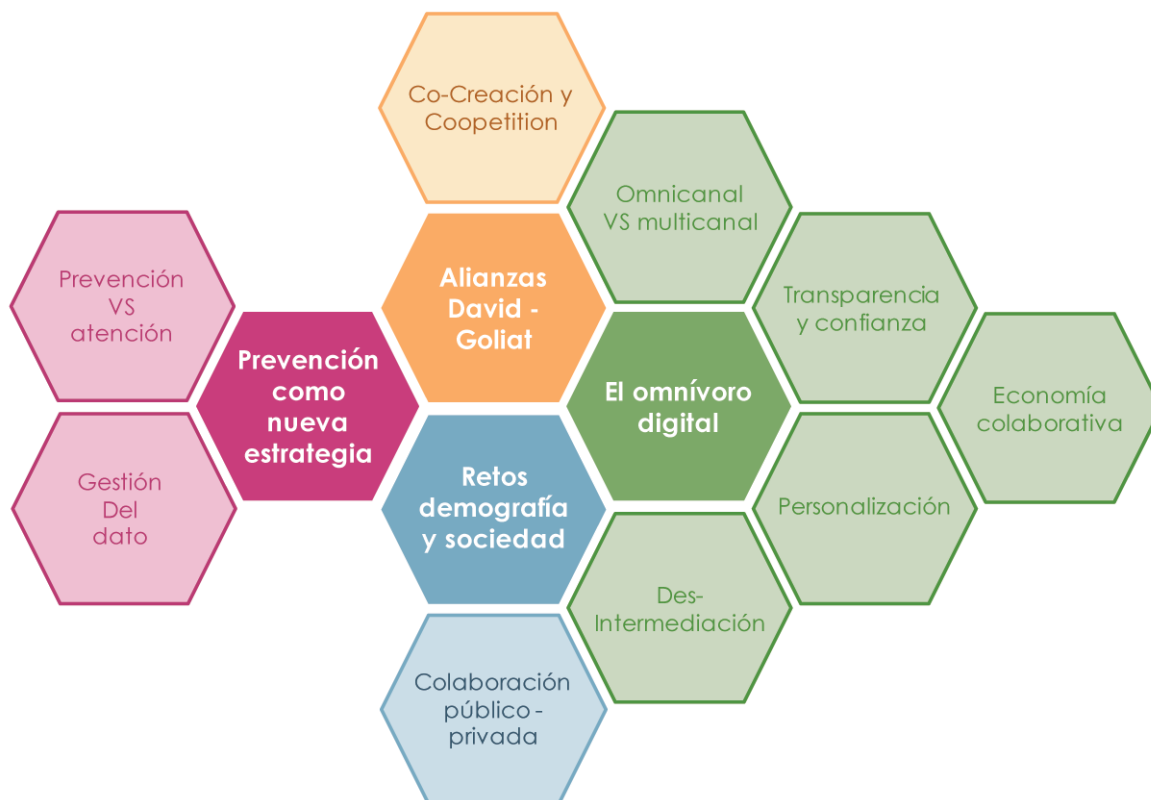
- **Quieren romper ataduras, no deberse a nadie.** Cuantas más exigencias contractuales y condiciones limitantes más lejos estarán las aseguradoras de fidelizar a los clientes.
- **Quieren tener el control, sentirse dueños de sus vidas.** Para ello, reclaman una información clínica más detallada, reclaman alternativas y porqués. En definitiva, reclaman transparencia.
- Exigen **simplificación administrativa y eliminación de la presencia física.** Es decir, parecen ir por delante del propio sector en madurez tecnológica.
- **Respuestas online, coherentes y en cualquier ubicación.** Demandan omnicanalidad.
- **Servicios de valor añadido.** Están pidiendo tratamientos más allá de la medicina, demandan wellness.

En este mismo sentido también se pronuncia Jaime del Barrio, Presidente de la Asociación Salud Digital: *“Internet les abre la puerta a la información y los médicos no se la pueden cerrar en las consultas”.*

Como se ha podido analizar, el perfil del cliente sociodemográfico del seguro de salud en nuestro país no ha variado, pero sí lo han hecho sus expectativas y sus demandas. Adaptarse a las mismas será el camino para que las aseguradoras de este segmento sigan teniendo éxito en el futuro.



2.3.4 TENDENCIAS: CAMBIO DE “MINDSET”



Si hay un sector en el que la necesidad de transformación interna de las organizaciones en este nuevo contexto digital es especialmente relevante ese es el sector asegurador.

Su comportamiento relativamente conservador ha sido siempre una característica del sector del seguro en la economía global. Sin embargo, la **velocidad** que está imprimiendo la transformación digital a las empresas, y también a sus consumidores, **está obligando al sector a revisar su operativa tradicional**.

Hoy encontramos una competencia que se intensifica con la **entrada de players de nueva creación** como las **insurtech** o como las empresas consolidadas de otras industrias que, en muchas ocasiones, disponen de más información que las propias aseguradoras.

La **adaptación de la industria tradicional del seguro** a este nuevo entorno está siendo **lenta** y sujeta a las rigideces **asociadas a las pesadas estructuras organizativas** creadas en el pasado lo que la sitúa en una **posición de desventaja** frente a los nuevos competidores.

Sin embargo, nunca antes el sector asegurador ha tenido una **mejor oportunidad para elevar sus niveles de eficiencia como la que le ofrece la digitalización** en relación a su capacidad para automatizar e integrar inteligencia en sus procesos de análisis y decisión.

“To win in the marketplace you must first win in the workplace”

Doug Conant, Former CEO of Campbell's Soup

EL NECESARIO CAMBIO DE MINDSET

La velocidad y el fácil acceso a las nuevas tecnologías están afectando a todas las organizaciones y a las personas que pertenecen a ellas y también están transformando los modelos de negocio en todas las industrias.

Aquellas **compañías** y directivos para los que hablar de **transformación digital significa hablar fundamentalmente de tecnología no están abordando una transformación completa** porque su naturaleza y esencia permanecen intactas y únicamente están digitalizando procesos o desarrollando activos digitales. Recordemos que esta **Revolución 4.0 no es tan industrial como sociológica**.

Las empresas deben **convertir los espacios de trabajo en facilitadores de los nuevos procesos y métodos**. Los requerimientos de la economía digital obligan a poner foco en la eficiencia y la agilidad mediante espacios que fomentan la colaboración, la movilidad, la creatividad y la transversalidad pasando de jerarquías piramidales a estructuras horizontales y emprendedoras.

Es hora de **romper silos de rígidas estructuras**, porque la estructura organizativa puede convertirse en el mayor impulsor de la transformación digital o el mayor lastre de la empresa y por ello los **equipos cross-funcionales** serán los verdaderos posibilitadores de ese cambio junto con un **nuevo estilo de liderazgo más centrado en el cliente, más abierto a relacionarse con el entorno, capaz de tomar decisiones con agilidad y apoyado en la potencia de los datos**.

Si las organizaciones no se mueven deprisa no tardarán en quedarse atrás.

También reguladores y supervisores deben entender todos estos cambios a la hora de tomar decisiones y evolucionar para garantizar el equilibrio adecuado entre un mantenimiento de la protección de los asegurados e iniciativas que no supongan un menoscabo a la necesaria innovación.

LA TECNOLOGÍA COMO ENABLER

La **tecnología** debe ser entendida como un facilitador para esta nueva forma de hacer las cosas, como un **acelerador del desarrollo y del éxito de las organizaciones**, que hoy tienen que realizar una **labor pedagógica entre sus profesionales** para explicarles el **por qué y el para qué de la tecnología** con el fin de vencer las posibles resistencias, algunas de las cuales se han generado como consecuencia del desconocimiento.

Son muchas las **tendencias tecnológicas** que asoman en el horizonte de esta transformación (cloud, wearables, insideables, inteligencia artificial, blockchain,...) y a las que dedicamos un extenso capítulo más adelante, pero es importante comprender que su desarrollo se produce con el **objetivo de resolver o mejorar los retos** a los que nos enfrentamos, de dar soluciones más eficaces y eficientes a las tendencias que abordamos a continuación.

A. LOS RETOS DEL CAMBIO SOCIO-DEMOGRÁFICO:

Europa se está preparando para los impactos socioeconómicos de la jubilación de la generación del “baby boom”. El **fenómeno del envejecimiento de la población** es una tendencia global a largo plazo, que seguirá con las generaciones venideras.

Algunos afirman que es un signo de nuestro éxito: al tiempo que la medicina, los servicios sanitarios y la producción agrícola han mejorado, la esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo.

Esto, combinado con el **descenso de las tasas de natalidad**, está causando lo que los expertos denominan “transición demográfica” y que se resume en el descenso gradual de los niveles de fertilidad y mortalidad.

Estas poblaciones envejecidas presentarán ciertos **retos para los gobiernos actuales y futuros**. Uno de ellos será **cómo sostener los sistemas públicos y la Seguridad Social** al tiempo que un mayor porcentaje de personas alcanza la jubilación y vive más tiempo para disfrutarla.

Este **envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas** que conlleva, ha llevado a **las aseguradoras a rediseñar la cobertura de los riesgos y su intervención en toda la cadena de valor de la industria sanitaria**.

El impacto económico del tratamiento de las enfermedades crónicas y de los episodios agudos que provocan, exige **invertir en prevención y rediseñar el abordaje del manejo de los pacientes**.

Al mismo tiempo, **el crecimiento del mundo en vías de desarrollo** y la progresiva reducción de la pobreza está haciendo **aflorar nuevas necesidades en una población** que masivamente está superando la etapa en la que sus esfuerzos se centraban en atender las necesidades más básicas para demandar de forma creciente servicios prioritarios como la sanidad o la educación.

Se trata de un nuevo mercado con una demanda creciente e insatisfecha que representa una colosal oportunidad.

Estos cambios demográficos y socioeconómicos configuran un mercado ampliado que está atrayendo a nuevos competidores y, en este sentido, representan una **oportunidad y un desafío para las empresas establecidas**.

Los avances tecnológicos también están trayendo consigo nuevas capacidades diagnósticas y terapéuticas cuya relación coste-efectividad deberá ser valorada cuidadosamente por aseguradores públicos y privados.

Los **gobiernos de todo el mundo están revisando sus estrategias y buscando nuevas soluciones en la colaboración con organizaciones del sector privado** que estén dispuestas a asumir el riesgo de demanda y que sean capaces de crear nuevos modelos de negocio.

LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA (CPP)

La realidad es que el **Sistema Sanitario Nacional (SNS) de España** se ha construido sobre una amplia diversidad de formas de Colaboración Público - Privada donde **convive el aseguramiento público con el privado**, así como la prestación del servicio sanitario a través de medios propios de las diferentes administraciones con el recurso a servicios gestionados por organizaciones privadas.

SUCCESS CASE:

MUFACE: Los funcionarios de la Administración General del Estado, sus cónyuges y los descendientes a su cargo, están cubiertos por diversas formas de mutualismo administrativo donde las mutualidades pagan el coste de la prima de un seguro privado por cuenta de los funcionarios mutualistas, que pueden elegir periódicamente entre varias compañías de seguros privados que participan en el sistema a través de un contrato de adhesión. También tienen la opción de disfrutar de la cobertura de su correspondiente servicio regional de salud (aunque la inmensa mayoría, un 82%, escoge la primera opción).

Al resto de los ciudadanos no se les ofrece la posibilidad de elegir y, siempre que tengan derecho a la sanidad pública, gozan de la cobertura de los diferentes servicios sanitarios regionales. Pero incluso dentro de estos casos se produce una intensa colaboración entre las administraciones sanitarias y el sector privado para la provisión del servicio sanitario.

Esta CPP se practica bajo una multiplicidad de modalidades de dispar forma jurídica y alcance.

SUCCESS CASE:

Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid: Una compañía privada se encarga de realizar los análisis clínicos de una población de casi 1,5 millones de personas (las que tienen como hospital de referencia alguno de los seis hospitales públicos que participan en el esquema) por una retribución per cápita fija.

El SNS se ha consolidado como excelente en su gestión de casos agudos pero no lo es tanto en la gestión de la prevención y de casos crónicos.

Igualmente, hay servicios en los que la sanidad privada también puede encontrar espacios en los que intervenir para complementar al SNS porque éste no los cubre, como por ejemplo, el tratamiento preventivo y estético de la salud bucodental.

El coste del aseguramiento y de las prestaciones realizadas por el sector privado es, en todos los casos, inferior al de las administraciones públicas que prestan directamente los servicios.

Por una cuestión de eficiencia, por los graves problemas de sostenibilidad del sistema público y por el impulso que podría darse a la innovación, la necesidad de dejar espacio a la iniciativa privada en el sector de la salud española es acuciante.

La inteligencia artificial, la creciente capacidad analítica (Big Data), la robótica o los avances en biotecnología van a transformar la manera en que se hacen las cosas y la manera en la que se relacionan las empresas y profesionales también de este sector con los usuarios.

Estamos ante una extraordinaria **oportunidad de ofrecer certidumbre al escenario presupuestario de la sanidad española** gracias a la construcción de propuestas de valor que permitan a las administraciones cumplir con su obligación de ofrecer servicios sanitarios de calidad a un coste inferior al que soportan cuando prestan esos servicios directamente.

El camino por recorrer en la transferencia de riesgos “de nicho” referidos a grupos concretos en los que las pruebas diagnósticas o tratamientos es potencialmente muy alto.

La aparición de dispositivos médicos innovadores y su conectividad están abriendo infinitas posibilidades de colaborar con nuevas formas más eficientes de manejar pacientes.

Imaginemos el potencial de automatizar las salas de urgencias de los hospitales con el objetivo de reducir los altos tiempos de espera y el elevado número de interacciones humanas a base de incrementar la productividad. Los médicos y enfermeros pueden así concentrarse en el paciente y sus resultados y, las máquinas, de las actividades más rutinarias.

Imaginemos además que, a través del uso de dispositivos móviles, se monitoricen las constantes vitales del paciente permitiendo hacer un diagnóstico y tratamiento en remoto (telemedicina) para evitarle un traslado al hospital.

Otro supuesto interesante sería conformar un consorcio entre la industria aseguradora, farmacéutica y de dispositivos médicos, mediante el cual no sólo se trate de reducir al máximo la prevalencia de la diabetes mediante la prevención y la promoción de hábitos saludables, sino que, a cambio de un importe fijo, se garantiza la adherencia del paciente al tratamiento para minimizar la aparición de otras patologías asociadas.

SUCCESS CASE:

La empresa española Insulclock ha desarrollado un dispositivo que se acopla a los lápices de insulina (plumas) y recoge datos sobre en qué momento del día, cuánta cantidad y qué tipo de insulina se administra el paciente. La conexión del dispositivo al teléfono móvil permite compartir esa información con médicos y cuidadores en cualquier momento.

La CPP es una práctica garantista de eficacia y eficiencia que ya ha sido demostrada en algunas de las economías europeas más desarrolladas: Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia, o el Reino Unido, cuya atención primaria fue pionera en PPP (Public Private Partnership).

De forma más general, y abriendo el foco al conjunto de economías occidentales, todos los países citados, más Holanda, Alemania, Francia, Canadá o Italia, dedican mayor proporción del PIB que nosotros a las contrataciones de bienes y servicios al sector privado.

Trescientos hospitales europeos siguen el modelo de CPP.

Esta forma de **colaboración es una tendencia que seguirá creciendo** y que no sólo contribuirá a la sostenibilidad del sistema público sanitario, sino que, gracias a los avances tecnológicos, permitirá mejorar exponencialmente la prevención y el tratamiento de los pacientes.

B. EL OMNÍVORO DIGITAL: EL CLIENTE EMPODERADO

Si hay algo característico de la revolución digital es el **radical cambio en el patrón de comportamiento del cliente y la fuerza con la que está empujando a las empresas a llevar a cabo rápidas adaptaciones para sobrevivir** a esta nueva realidad, ya que la capacidad del cliente para adaptarse a los cambios de la digitalización es asombrosa, pero las compañías todavía están tratando de entender que los clientes ya no se comportan de la misma forma.

Las empresas son conscientes de que **comprometerse con las nuevas expectativas de los clientes es decisivo**. En este contexto, es interesante entender que la conceptualización de nuevos modelos de negocio va más allá de la tecnología.

Pasa por **entender a las audiencias**, sus incentivos, repensar los modelos económicos y evaluar la información disponible **para rediseñar los procesos** buscando disminuir la burocracia de las organizaciones tradicionales, no solo para dar respuestas rápidas, sino también para **construir y mantener la confianza de los clientes** en el sistema.

La democratización derivada del fácil acceso a Internet y la llegada de los nativos digitales ha dibujado **un consumidor empoderado, conocedor de los productos y servicios**, con acceso a toda la información necesaria para adoptar decisiones fundadas y con disposición a elegir y cambiar a los proveedores que más le convenga en cada momento.



RELACIÓN CLIENTE-EMPRESA: DE LA MULTICANALIDAD A LA OMNISCANALIDAD

Consumidores exigentes y sofisticados que cuando interactúan con una marca esperan de ella un **mismo trato independientemente del canal** que estén utilizando en sus conversaciones.

En un mundo en el que estamos hiperconectados es conveniente que también el segmento de los seguros de salud transforme y evolucione hacia la omniscanalidad que demanda el cliente digital.

Las organizaciones están esforzándose por ajustar sus obsoletos procesos de comercialización a las nuevas exigencias porque el ecosistema de hoy debe ser capaz de ofrecer distintas alternativas, a los distintos consumidores y en distintos momentos: tienda física, on-line shops, redes sociales.

La multicanalidad se define como la habilidad para interactuar con clientes potenciales en diversas plataformas. Dicho de este modo se entiende que una **estrategia multicanal es aquella que utiliza diversos medios que funcionan de manera generalmente aislada** para que el usuario tenga acceso a nuestro producto o servicio. Lo que te permite es acercar el servicio al cliente y no el cliente al servicio.

Sin embargo, en un entorno cambiante y volátil, donde los clientes están cada vez más informados y son menos “fieles” una estrategia multicanal, no es suficiente. Las tendencias del sector revelan que los usuarios dan más importancia a la transparencia, la velocidad y las experiencias personalizadas.

A esto se suma la necesidad de un **entorno altamente responsive y que cumpla los procesos de manera fluida**, libre de callejones sin salida o interrupciones que terminen en el abandono del cliente porque su tiempo de paciencia se ha agotado.

A diferencia de la multicanalidad, la **estrategia omniscanal integra todos los canales existentes bajo una misma estrategia y una única plataforma con la finalidad de que estén conectados entre sí para permitir al usuario acceder e interactuar desde cualquier dispositivo, lugar de manera fluida y sin interrupciones**.

La omniscanalidad representa el futuro de los canales de negocio en la estrategia de comercialización de seguros porque responde, de manera intuitiva, a las necesidades del cliente y aporta valor al generar una experiencia personalizada y única a cada usuario.

De esta manera no sólo se captan clientes potenciales, si no que se logra su retención y si la estrategia es adecuada y óptima: la fidelización.

TRANSPARENCIA Y SIMPLICIDAD COMO KEYSTONE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

La **crisis financiera de 2008** detonó las alarmas de todas las industrias del mundo, en relación a la **nula o deficiente transparencia en los productos y servicios que los clientes consumían** que en la actualidad está requiriendo de un importante esfuerzo de subsanación por parte de las distintas industrias.

Históricamente, las principales quejas de los asegurados han hecho referencia a la letra pequeña, en la que habitualmente se reflejan los conceptos que no están asegurados en las pólizas de forma un tanto críptica.

Lograr que el cliente tenga **confianza** en su compañía aseguradora (además de prestando un servicio satisfactorio), se consigue **facilitando toda la información que se requiere de la forma más sencilla y simplificada** posible.

Ser transparentes significa abrirse al cliente para que éste resuelva sus dudas y sienta seguridad a la hora de contratar un seguro.

Cuando hablamos de **transparencia** hacemos referencia a parámetros que miden la **información que la empresa ofrece de sí misma y de sus directivos**, de los productos y servicios que comercializa, de su situación económico-financiera (solventía), sobre procesos de contratación y beneficios para trabajadores así como los compromisos que la entidad adquiere con usuarios y clientes (Ej.: Política de protección de datos).

Según el Ranking de Transparencia en el Sector Asegurador Español 2016 llevado a cabo por Innovación Aseguradora mediante el análisis de las 20 compañías líderes en el mercado, la industria española del seguro suspende en transparencia con una nota del 3,6 sobre 10.

La **transparencia** en la comercialización debe ser entendida como una **relación bidireccional** y ello no sólo la hace rentable para ambas partes, sino que la relación empresa-cliente se convierte en un **win-win** basado en la confianza.

SUCCESS CASE:

Coverfy: La española Coverfy no se centra sólo en comparar precios; también nos detalla de forma específica qué coberturas son las que incluye cada seguro que tenemos contratado y hasta qué punto pueden llegar a duplicarse en los diferentes seguros de los que disponemos. Todo ello, gracias a la colaboración de esta aplicación con 40 compañías de seguros, que permiten acceder a sus datos para que el usuario conozca en todo momento las coberturas de cada uno de los seguros.

DESINTERMEDIACIÓN: DE ASEGURADO PAGADOR A SOCIO

Pero además, el cliente está exigiendo la desintermediación a la hora de interactuar con la empresa, a través de una **gestión de esa comunicación basada en nuevos canales directos**: asistentes personales, apps, chatbots, etc., **que prescinden de los tradicionales mediadores en el contacto con los clientes**.

Si la nueva relación pasa por olvidar el papel de mero pagador del cliente para pasar a convertirse en **socio**, es imprescindible que las organizaciones redoblen esfuerzos a la hora de facilitar una comunicación más fluida y directa con aquellos a los que presta un servicio. Los clientes consideran que los intermediarios ya no son necesarios y distorsionan la relación con la empresa con la que quieren contratar.

DE LA APPGREGATION A LAS PLATAFORMAS CONVERSACIONALES

La tendencia nos indica que, en el contexto actual, el uso y descarga de Apps por parte de los usuarios de dispositivos móviles es cada vez menor y las aseguradoras empiezan a ser conscientes de la necesidad de optimizar contenidos en una práctica que se ha denominado **appgregation** y que consiste en agregar fuentes de contenidos en una sola app.

Por otra parte, la utilización de chatbots empieza a ser cada vez más común como técnica de atracción de clientes ya que, a través de un software que imita el comportamiento humano al interactuar, permiten ofrecer atención personalizada a través de plataformas conversacionales.

Su calidad empieza a ser comparable con la de los agentes y, entre otras ventajas como la rapidez y eficacia asistencial, permite customizar la interacción entre las partes según las preferencias del cliente (horarios, contenidos, idioma, etc.), estableciendo el contacto preferido por la mayoría de ellos: **proactivo pero “no intrusivo”**.



PERSONALIZACIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

La industria del seguro ha entendido el mandato de un cliente que hoy le advierte que ya no tiene cabida el lema **“There isn’t one size fits all”**.

El cliente de un seguro estaba acostumbrado a contratar una póliza muy general y olvidarse de la empresa durante la vigencia de la misma (salvo siniestro). Es el conocido **“Get it and forget it”**.

Sin embargo, el **nuevo cliente** exige productos y servicios más ajustados a sus necesidades específicas que atienden a la norma **“Pay as you behave”**, con **precios dinámicos, ajustados instantáneamente a su comportamiento**. Y así, han aparecido nuevos modelos de negocio, con pólizas que se ajustan a esas nuevas necesidades “on demand”, de pólizas específicas e inmediatas.

LA GESTIÓN DEL DATO

Actualmente, **los datos se han convertido en una de las principales palancas estratégicas de cualquier aseguradora en su proceso de transformación digital**. Los datos son una parte imprescindible en su estrategia de negocio y más aún en el caso de una compañía de seguros de salud, ya que, además de otros beneficios, le permite **conocer de forma precisa a sus clientes actuales y potenciales**.

Y en este ámbito, uno de los principales retos que tienen actualmente las aseguradoras de salud en relación con la gestión de los datos, para avanzar en sus respectivos procesos de transformación digital responde a la necesidad de **desarrollar capacidades analíticas dentro de sus organizaciones** que les permitan crear nuevos productos y servicios personalizados, diferenciarse de sus competidores y obtener ventajas competitivas.

Esa es la mejor manera de **establecer una verdadera “relación” continuada y basada en la confianza mutua con sus clientes**; en otras palabras, de construir una verdadera **“experiencia de cliente diferencial”**, lo que, en muchos casos implicará una adaptación de la cultura y modelo de gobierno de sus compañías.

Pero en este ámbito las aseguradoras de salud no pueden limitarse solo a gestionar eficazmente la ingente cantidad de datos de que disponen y a captar otros nuevos, sino que tienen que **centrarse en aquellos datos que les proporcionan mayor valor comercial y ventajas competitivas**.

Es lo que conocemos como **tránsito del Big Data al Smart Data**.

La **inteligencia artificial**, mediante la utilización de algoritmos avanzados y machine learning, incluso deep learning, está permitiendo a las aseguradoras de salud desarrollar una **analítica predictiva** que supondrá una auténtica revolución en la personalización de productos y servicios.

En este ámbito, es esencial que las aseguradoras de salud garanticen la **transparencia en la gestión de datos de sus clientes asegurados**, especialmente los relativos a su salud; deben actuar con responsabilidad y comunicarles en todo momento el uso y destino de sus datos para **que el asegurado tome las decisiones oportunas, garantizando en todo momento su protección y privacidad**.

Precisamente, el **nuevo Reglamento de Protección de Datos de la Unión Europea - RGPD** (Reglamento UE 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos), que será de obligado cumplimiento a partir de su entrada en vigor el 25 de mayo de 2018, afecta de lleno a las aseguradoras de salud al considerar **datos “especiales”, todos los relacionados con la salud**, incluidos los genéticos y los biométricos.



ECONOMÍA COLABORATIVA: LA MUTUALIZACIÓN DEL RIESGO

El desarrollo de las redes sociales, las nuevas tecnologías y una nueva generación, los millennials (que utilizan al máximo las posibilidades de internet), han propiciado el desarrollo de una **nueva forma de consumir de ese cliente empoderado**: el P2P (Peer-to-Peer) basada en el intercambio y el apoyo mutuo entre iguales.

El P2P trae grandes ventajas para el consumidor ya que **proporciona unos precios ajustados y se trata de una herramienta más transparente que consigue poner en común, mediante conectores digitales, la voluntad de los individuos** (en algunos casos sobre ofertas inexistentes) **sin la intermediación tradicional de la empresa**.

La respuesta de por qué al sector asegurador le está costando tanto dar respuesta a estas economías, podría radicar en la dificultad real de adaptar los riesgos de forma más flexible, en su cultura de empresa, en su legacy tecnológico y una falta de sensación de urgencia para modificar su negocio y ser capaces de que dicha adaptabilidad no se posibilite a base de consumir más recursos que los ya existen.

En este campo, las empresas aseguradoras que más están trabajando en ello pasan por estar más avanzadas en el entorno digital en el desarrollo de sus ofertas, haciéndolas mucho más flexibles.

Es, por esta razón, que las pocas compañías aseguradoras que ya están entrando en el mercado de la economía colaborativa se están posicionando como líderes en innovación, digitalización y desarrollo corporativo.

La penetración de la economía colaborativa en el sector asegurador será sin duda una de las tendencias preponderantes de los próximos años.

Al desarrollo de esta nueva generación de seguros contribuirán de forma inherente otras tendencias prominentes, como el Big Data, la rápida penetración del IoT, la mayor aplicación de tecnologías emergentes -como los drones y la realidad aumentada- o la inclusión de propuestas móviles y digitales para promover comportamientos más seguros y saludables por parte de los clientes (Apps que utilizan gamificación para dejar de fumar).

Se trata de **propuestas orientadas a una gestión proactiva del riesgo para reducir los incidentes**, que generarán una mayor interacción entre aseguradora y cliente, generarán información e incrementarán el análisis de datos en tiempo real.

SUCCESS CASE:

- **Friendsurance:** *Permite que grupos de personas con un mismo tipo de seguro pongan en común sus primas y, si el importe de los siniestros no excede el total de primas, todo el grupo se beneficia del ahorro.*
- **ShareEnjoy:** *El primer seguro colaborativo del mercado español nació de la mano de una startup creada en la incubadora digital de Caser Seguros, que ofrece seguros colaborativos para “micromomentos” o experiencias como un concierto, festival o actividad al aire libre.*

C. LA PREVENCIÓN COMO UNA NUEVA ESTRATEGIA: PROACTIVIDAD FRENTE A REACTIVIDAD

LOS BENEFICIOS DE INVERTIR EN POLÍTICAS SALUDABLES

La preocupación por sentirnos bien con nosotros mismos, tanto física como espiritualmente, ha generado en los últimos años un enorme interés por la salud, el deporte y la llamada medicina del bienestar (wellness), un concepto que incluye todos aquellos tratamientos y actividades orientadas a aliviar molestias, proporcionar experiencias agradables y mejorar el equilibrio corporalmente.

A esta tendencia hay que añadir la aparición de la **tecnología wearable**, dispositivos conectados a nuestro ordenador o dispositivo móvil a través de Internet o Bluetooth y que podemos llevar encima, como camisetas inteligentes, smartwatches o pulseras, tatuajes inteligentes que miden el nivel de actividad y el ritmo del ejercicio físico y nos muestran los datos que van recogiendo.

Hay empresas que, mediante iniciativas saludables, han generado importantes comunidades que comparten intereses (Run Club de NIKE) y que a través de apps comparten rutas, records personales e incluso playlists de Spotify al tiempo que miden sus ritmos de carrera y pulsaciones.

Estos dispositivos estaban, en un principio, orientados al deporte, pero es cada vez más común ver cómo algunos de ellos ya no miden sólo el ejercicio realizado o el ritmo de los entrenamientos, sino que también informan sobre el **estado de salud de las personas**.

En esa dirección, la empresa “ella” (www.meetella.io) ha desarrollado, junto al Hospital Mount Sinaí, programas digitales de mindfulness para dispositivos móviles que pretenden ayudar a los enfermos crónicos a aliviar su dolor a través de entrenamientos dirigidos a que el cerebro procese ese dolor de forma diferente.

Las compañías aseguradoras coinciden, la prevención de la salud de sus clientes estará sin duda presente en la estrategia de sus empresas y se situará entre las principales áreas de negocio que impulsará la facturación en los próximos años. Hay compañías que están sabiendo canalizar ese interés de una parte de la población por adquirir o mejorar hábitos saludables.

Hablamos de tendencias referidas a actitudes más proactivas respecto a hábitos y prácticas que persiguen la mitigación del riesgo por parte del cliente que contrate un seguro y que permitirá también a la empresa ofrecer beneficios o descuentos a la hora de ajustar el precio de la prima.

SUCCESS CASE:

Oscar Insurance: Esta empresa con sede en Nueva York entrega al cliente que contrata un seguro de salud una pulsera que recoge su actividad física. Si el asegurado realiza ejercicio físico recomendado gana un dólar al día, con un máximo de 20 dólares al mes en tarjetas regalo Amazon.

También las empresas empiezan a preocuparse cada vez más por ofrecer a sus empleados mejores condiciones de salud laboral, porque entienden que unos empleados sanos implican una mayor productividad y menos absentismo laboral. Es lo que se conoce como Wellness Laboral. Ir más allá en el cuidado de la salud de los empleados está resultando ser un beneficio muy rentable para las empresas. Pero si hay una tendencia revolucionaria en este campo es aquella que muestra que el camino hacia el ciborg empieza a ser el inevitable curso natural de las cosas: **los insideables**.

SUCCESS CASE:

Sanitas Wellness Corporate: *Sanitas ha implementado una serie de acciones, colectivas unas y particulares otras, encaminadas a mejorar la calidad de vida de los empleados. Algunos ejemplos llevados a cabo son acciones para fomentar el uso de las escaleras, talleres de nutrición para una dieta saludable, el ejercicio, clases de reeducación postural, o incluso medidas para dejar de fumar. Facilitan a los trabajadores espacios y tiempo en los lugares de trabajo donde relajarse o practicar deporte.*

Los implantes tecnológicos son dispositivos electrónicos que se incorporan al cuerpo humano con el objetivo de mejorar sus capacidades.

Steve Wozniak, Co-fundador de Apple ya afirmó que “...llevaremos implantes para controlar nuestros dispositivos electrónicos con la mente”.

Aunque todavía hablamos de futuro, ya hay en el mercado desarrollos sencillos como los de la empresa **VeriChip**, que comercializa chips subcutáneos para la obtención de información de la persona que se los implanta.

También la división de **I+D de Google** ha creado una píldora con miles de nanopartículas conectadas para que circulen por el cuerpo a nivel molecular y detecten enfermedades en estadios muy primarios.

Los expertos consideran que la integración de estas tecnologías en el organismo humano supondrá un **revolucionario “salto de especies”**, pues significará la percepción del cuerpo humano como una máquina.

GAMIFICACIÓN: JUGAR A GANAR

A través de dinámicas de juego en diferentes ámbitos no lúdicos se está fomentando un **mayor compromiso con el cliente y del cliente**, pero también se está ayudando a las empresas a mejorar sus procesos empresariales, industriales y hospitalarios llevando al paciente a un nuevo nivel de relación que permite **pasar del juego al engagement**.

La gamificación se hace a través de dispositivos inteligentes u otro tipo de tecnologías que se están convirtiendo en los nuevos **“vigilantes de la salud”**.

Según previsiones del Gamification World Congress de 2016 (<http://www.gwc-conference.com/>) se estima que en 2020 este mercado facturará 9.000 millones de euros y España es líder mundial de esta industria (Ej: Zerentia.com).

SUCCESS CASE:

Pain Squad Up: *Es una App del Hospital Sickkids de Toronto (Canadá) que ha sido implantado en varios hospitales del país cuya finalidad es ayudar a los niños a:*

- Luchar contra el cáncer
- Combatir la soledad
- Ajustar las dosis del tratamiento médico

Se hace registrando datos sobre el estado del niño a través de un videojuego que ofrece recompensas y remitiéndolos a los médicos para que estén informados diariamente (la recogida se hace dos veces al día).

Resultado: *Los ratios de monitorización de los datos que los doctores requerían al paciente ha pasado del 11% al 80%*



LA MEDICINA PREDICTIVA O EXPONENCIAL

Esta posibilidad que ofrecen apps y wearables de monitorizar las variables médicas y los estilos de vida de las personas, unido a la cuantificación del entorno (calidad del aire, del agua, radiación UV, previsiones meteorológicas,...) a través del Internet de las Cosas y a la posibilidad de disponer de información genética va a producir un incremento explosivo de los datos de salud de las personas.

La medicina predictiva tiene como objetivo tanto predecir la posibilidad de desarrollar una posible enfermedad, cómo prevenir la aparición de enfermedades o disminuir significativamente su impacto sobre el paciente.

Este paso permitirá impactar, además de en la salud de los asegurados para alargar y mejorar su calidad de vida, también en la evaluación y reducción del riesgo, ya que **se pasa de una gestión estática a una dinámica**.

La primera secuenciación del ADN humano se completó en 2003 tras 13 años de investigaciones y más de \$500 millones de dólares de inversión. Hoy una secuenciación completa ronda los \$800 dólares y tarda 5 días en conseguirse. Los avances tecnológicos permitirán que en 2025 una persona obtenga la secuencia de su ADN de manera inmediata y por un coste no superior a \$10.

Apple ya está colaborando con investigadores estadounidenses para ofrecer la realización de análisis de ADN desde sus dispositivos móviles. La empresa ya ha dado pasos para que sus dispositivos sean algo imprescindible en el mundo de la "salud digital". Su última versión del sistema operativo iOS incluye una aplicación llamada Health que tiene campos para más de 70 datos relacionados con la salud.

También la división de salud de Google, Verily, ha pasado a convertirse en uno de los departamentos de mayor alcance en la innovación de la compañía y tiene puesta su estrategia inmediata en la obtención de avances en el campo de la medicina exponencial.



D. DECONSTRUYENDO LA CADENA DE VALOR: LAS ALIANZAS DAVID-GOLIAT¹⁴

La lealtad al proveedor tradicional único se está diluyendo. Los datos revelan la **progresiva penetración en el hábito del consumidor de nuevos players** que nos hace intuir su impacto transformador en toda la industria.

Un rasgo compartido por todas las industrias que han avanzado en la transformación digital es la **deconstrucción de su cadena de valor y la desaparición de fronteras con industrias vecinas**, con la consiguiente aparición de nuevos modelos de negocio y de nuevos competidores más ágiles y ligeros. Esto es lo que ha venido a llamarse las **alianzas David-Goliat**.

Las industrias sanitaria y aseguradora no constituyen una excepción. Así, vemos la aparición de **nuevos canales de comercialización más directos, transparentes y con menor intermediación** como por ejemplo nuevos modelos de negocio que combinan el auto-aseguramiento de algunas prestaciones con el acceso a un marketplace de proveedores de servicios de salud a precios antes accesibles sólo a grandes compañías.

También observamos **nuevos modelos de integración** de aseguramiento de ciertos riesgos y de prestación de servicios ofrecidos por proveedores de productos farmacéuticos o dispositivos médicos; y **alianzas entre empresas farmacéuticas, o de dispositivos médicos, y tecnológicas dispuestas a asumir riesgos propios de compañías aseguradoras**.

Explorar servicios anexos con el fin de ofrecer soluciones completas tanto al asegurado como al potencial asegurado, es una tendencia que adquiere cada vez más fuerza.

Las posibilidades de cooperación se extienden desde acuerdos tecnológicos puntuales hasta completas adquisiciones.

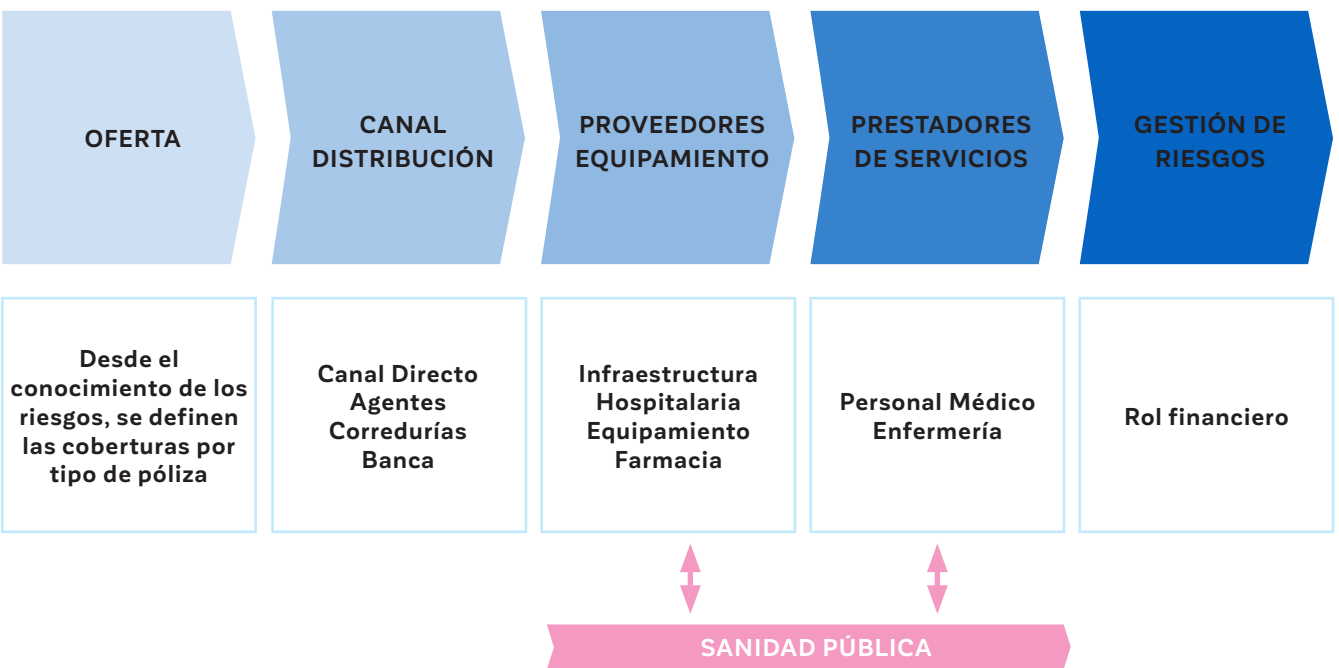
Diferentes culturas empresariales enfrentan la rigidez del negocio tradicional y la agilidad y rapidez de los nuevos players, pero perder la **oportunidad de crecimiento que estas alianzas** ofrecen como consecuencia de su incapacidad para colaborar eficazmente no puede ser una opción.

El éxito en cualquier industria va a requerir que las organizaciones aprendan a co-crear valor con otras empresas. La clave está en generar ecosistemas colaborativos que permitan una innovación más abierta de la que todos los participantes se beneficien y las posibilidades del mercado se multipliquen. **Las empresas que se conviertan en islas no sobrevivirán.**

2.3.5 CADENA DE VALOR Y ECOSISTEMAS DE INNOVACIÓN

• CADENA DE VALOR

La cadena de valor del sector de los seguros de salud privados responde a la de un sector arraigado en la economía tradicional, entendiéndolo por ésta, a la economía previa a la irrupción de las grandes tecnológicas que hoy dominan las bolsas de todo el mundo.



Fuente: elaboración propia.

Se trata de una cadena con multitud de elementos intermediarios que, a la vista de lo ocurrido en otros sectores, **presenta muchos espacios donde nuevos modelos de negocio y maneras de entender la relación con el cliente pueden encontrar su espacio para desarrollarse.**

Se ha querido representarla de manera lineal, como una serie concatenada de procesos, porque es así cómo las compañías que componen el sector entienden su actividad y definen sus organizaciones.

No se pretende ser exhaustivo en la descripción de esta cadena de valor porque no es el objetivo final del presente documento pero sí queremos destacar, a continuación, aquellos aspectos que serán útiles más adelante en el desarrollo de la hoja de ruta para la transformación digital del segmento, objetivo real del presente informe.

2.3.5.1. DEFINICIÓN DE OFERTA

Esta función define y desarrolla los productos que van a ofrecer al mercado, el precio al que lo van a ofrecer y las políticas para gestionar a la cartera de clientes existente. Esta oferta viene definida tras:

- Un **análisis del riesgo de siniestro** de cada cobertura y su coste asociado, basado en sus datos históricos agregados.
- Un **análisis de la oferta de la competencia**. Precios, coberturas, cuadros médicos, etc. para procurar un nivel de competitividad suficiente.
- Un **análisis de las necesidades de los clientes**, utilizando técnicas de investigación tradicionales basadas en muestras representativas de clientes y extrapolando los resultados a la totalidad de la cartera.

Una vez analizado lo anterior, se define la estructura de la oferta (número de productos que la conformarán), las coberturas de cada una de ellas y los valores diferenciales entre ellas y los precios a los que se ofertarán.

Tras la definición teórica de la oferta, se pasa al desarrollo técnico en sistemas de dicha oferta y sus características y al proceso de implantación en todas las áreas afectadas (ventas, contact center, facturación, etc.).



2.3.5.2. CANAL DE DISTRIBUCIÓN

La **estructura del canal de distribución del sector de los seguros privados de salud es de una complejidad media en cuanto al número de canales que lo componen**, pero tienen características específicas que le diferencian de un canal de ventas tradicional. De forma esquemática, los canales de distribución que forman la estructura comercial de una aseguradora se pueden resumir de la siguiente forma^{15, 16}:

CANALES DISTRIBUCIÓN ASEGURADORAS SALUD	
CANALES INDIRECTOS	CANALES DIRECTOS
AGENTES DE SEGUROS - Supone un 21,8% de las activaciones de primas en 2016, manteniéndose estable respecto a 2015. - Fidelidad de los clientes y trato personalizado. - Extensión capilar para las entidades aseguradoras y negocio atomizado. - Territorialidad limitada. - Escasa utilización de nuevas tecnologías, métodos y sistemas. - Altos costes para las entidades aseguradoras (captación, selección, formación, subvenciones, rappelés).	OFICINAS PROPIAS - El canal con mayor peso con un 50,5% de las activaciones en 2016 aunque decreciendo 0,6% puntos porcentuales respecto al año anterior (debido a la manera de reportar los datos por parte de ICEA, la cifra de este canal recoge las activaciones tanto por el canal presencial como en el canal Televenta). - Visión completa del histórico de contratación del cliente. - Agilidad en los trámites. - Gran control de la actividad por parte de la aseguradora. - Fuerte inversión económica inicial y altos costes fijos (oficinas, remuneraciones). - Falta de trato personalizado (personal poco motivado)
CORREDURÍAS DE SEGUROS - Supone un 17,8% de las activaciones de primas en 2016, creciendo medio punto respecto al año anterior. - Alta profesionalización. - Aportan un alto valor añadido al cliente, tanto en su decisión como en la gestión de reclamaciones a la aseguradora. - Mayor enfoque sobre seguros de empresa. - Sensibilizados hacia los nuevos productos aseguradores. - Dificultades de relación de la aseguradora con el corredor y con el asegurado. - Mayores comisiones. - Gran libertad de decisión y elección. - Suelen utilizar subcanales de distribución tales como otros agentes o su propia web.	CANALES TELEMÁTICOS (Web, Televenta) - Utilizado tanto por entidades aseguradoras como por mediadores de seguros. - Canal Web en desarrollo, todavía tiene una escasa significación como canal de venta (0,5% en 2016, sin crecimiento respecto a 2015). - Utilización creciente para solicitud de información. - Requiere de apoyo por parte de canales presenciales para una atención más personalizada.
BANCA - Supone un 8,2% de las activaciones de primas en 2016, creciendo tres décimas respecto a 2015. - La oferta de productos aseguradores se efectúa desde las redes de distribución de las entidades bancarias y sus sociedades participadas especialistas en seguros. - Gran capilaridad y facilidad de penetración. - Acceso a gran número de clientes potenciales. - Poder de influencia del banco sobre el cliente por lo que, en ocasiones, se percibe la venta de seguros como cierta imposición. - En ocasiones, escasa o deficiente formación en temas de seguros. - Productos limitados. Uso habitual de soportes de alto nivel tecnológico.	

¹⁵ INFODESE. La distribución de seguros. Canales y características.

¹⁶ ICEA. Anuario del sector asegurador en España 2016



Por último, es **destacable la fuerte regulación que tienen obligación de cumplir los canales de venta del sector**, en especial corredurías, puesto que tienen que registrarse en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y cumplir con una serie de obligaciones reguladas (superar un curso de formación, disponer de capacidad financiera de más del 4% de las primas anuales gestionadas, realizar una memoria de las asegurados para las que median y los ramos en los que operan y firmar un seguro de responsabilidad civil) que se establecen para garantizar el mínimo riesgo para las personas físicas que entablan relación contractual con las entidades aseguradoras a través de ellos.

La regulación también impone, a través de la Ley de Agencia de 1992, que las corredurías de seguro tienen derecho sobre la cartera de clientes captadas siempre que el cliente esté activo en su póliza. Este derecho se materializa en el cobro de un % del valor anual de la póliza aseguradora por parte de las corredurías. Entre otros motivos, **estas exigencias provocan que el coste por activación de un nuevo cliente a través del canal indirecto sea muy alto.**

Pero esta regulación también trae consigo ciertos efectos no deseados y es que **el canal indirecto es contrario a que detalles de su cartera de clientes puedan ser vistos por otros canales de venta, por lo que no es posible construir una experiencia multicanal** por el miedo a perder parte del negocio.

Por tanto, la existencia de un legado de relación con el canal indirecto condiciona mucho los movimientos que las aseguradoras pueden realizar con dicho canal. Si tenemos en cuenta, además, el escaso peso del canal web en el total del sector, **parece clave que un movimiento fundamental para las aseguradoras debe ser incrementar paulatinamente el peso del canal directo y maximizar la oportunidad concentrando ese crecimiento en el canal web.**

Por todo lo anterior, **el canal de distribución es uno de los eslabones más amenazados por la disrupción vía desintermediación.** Es cierto que la regulación protege a parte del mismo (corredurías de seguro) en el corto plazo y, quizá, en el medio plazo por las comisiones anuales de su cartera activa pero, en el largo plazo, su futuro está en duda conforme la tecnología permita, al ecosistema del segmento, empujar canales de venta digitales.

2.3.5.3 PROVEEDORES DE EQUIPAMIENTO

En esta clasificación, se contemplan de forma no exhaustiva, aquellos proveedores que proporcionan bienes físicos o servicios relacionados con la atención médica. Dentro de ella detallamos dos tipos de proveedores principales. Por un lado, las infraestructuras hospitalarias privadas y, por otro, los proveedores de equipamiento diagnóstico.

En cuanto a las infraestructuras, fuentes del sector cuantifican en España **más de 7.000 centros de atención médica** (excluyendo los centros de atención ambulatoria de titularidad pública). Según el Censo Nacional de Hospitales 2017 publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, **433 son hospitales privados, 350 hospitales públicos. El resto, más de 6.000, son pequeños centros de atención médica privada de cercanía al paciente, que prestan servicios de consulta y seguimiento médico de patologías pero no realizan tratamientos quirúrgicos.**

Esto significa que las aseguradoras, en especial las que prestan servicios a nivel nacional, hacen un enorme esfuerzo a la hora de crear y mantener una red asistencial al tener que llegar a acuerdos de colaboración con esas más de 6.000 entidades.

La relación entre las entidades aseguradoras y estos más de 6.000 centros médicos de pequeño tamaño ha sufrido un **deterioro provocado por la presión a la baja en los precios que las aseguradoras pagan a los centros por cada atención prestada** durante los últimos años. El motivo de esta caída en los precios parece motivado, según gerentes consultados de alguno de estos centros, por caída de márgenes de las aseguradoras provocada a su vez, por un doble efecto. Por un lado, el incremento en los costes asistenciales totales que están sufriendo y, por otro, por la guerra de precios y promociones en las que las propias aseguradoras han entrado. Si tenemos en cuenta que el 95% de los ingresos de estos pequeños centros dependen de las aseguradoras, esta situación los sitúa en una posición de mucha debilidad.

El caso de los hospitales parece ser diferente puesto que su fuerza de negociación con las aseguradoras es mayor, bien porque son centros de referencia en su zona de asistencia o bien porque gestionan un volumen total de pacientes especialmente alto.

No obstante, es muy destacable la **poca diferenciación que las aseguradoras obtienen de su red de asistencia médica puesto que el 93% del cuadro médico existente es compartido**, es decir, centros en los que se atiende 2 o más seguros médicos (habitualmente, el número de seguros médicos atendidos es mucho mayor a 2).

En cuanto a los proveedores de equipamiento y de servicios de diagnóstico es reseñable la **reducción de coste que han tenido muchos de los dispositivos** que se requieren en la asistencia médica (algunos de ellos han reducido su precio a 1/5 parte

en menos de tres años) debido al abaratamiento y madurez de la tecnología. Lo mismo ocurre con muchas de las pruebas médicas y analíticas requeridas donde, las relacionadas con la genética, son el ejemplo más llamativo de esta caída de costes (estudiar el genoma de una persona en busca de anomalías costaba más de 5.000 dólares hace tres años, hoy cuesta cerca de 800).

2.3.5.4. PRESTADORES DE SERVICIOS

De todos los profesionales que desarrollan su actividad en la sanidad privada nos vamos a fijar en el personal médico al ser el personal expuesto a ser elegido por los clientes en los cuadros médicos de las aseguradoras y, además, presentan algunas particulares reseñables.

En España existen 130.000 médicos colegiados de los que cerca de 100.000 desempeñan su función en la sanidad pública y otras 60.000 en la sanidad privada. Es decir, hay cerca de 30.000 profesionales que compaginan funciones tanto en la sanidad pública como privada. O, mirando el número desde otro punto de vista, **la mitad del cuadro médico de la sanidad privada ejerce también en la sanidad pública.**

El motivo de esta duplicidad de funciones radica, más allá de las razones económicas individuales, en varios aspectos. La sanidad pública aporta a los profesionales médicos prestigio y les permite tener acceso a recursos que la sanidad privada no puede ofrecer por su alto coste. La sanidad pública es la primera en incorporar equipamiento y tratamientos de última generación mientras que solo una parte muy pequeña del parque de hospitales privados puede incorporar los mismos avances en una fase temprana de comercialización.

Esta **compartición de talento entre lo público y lo privado supone un beneficio para todas las partes.** Para los médicos, por los motivos expuestos anteriormente. Para la sanidad pública porque supone un desahogo de pacientes en las consultas al ser éstos atendidos desde la sanidad privada. Para la sanidad privada porque le permite contar con el talento existente en el sistema público ganando así prestigio en su cuadro médico y que su cliente se beneficie también de los derechos de la sanidad pública (por ejemplo, subvención en tratamiento farmacológicos).

No obstante, esta duplicidad de ejercicio supone una ineficiencia no resuelta, aunque fácil de resolver, puesto que, en no pocas ocasiones, se repiten pruebas médicas dentro de un mismo proceso diagnóstico.

Este colectivo está siendo uno de los grandes beneficiados de la innovación tecnológica porque se están desarrollando nuevos métodos de diagnóstico que minimizan errores y herramientas de gestión de pacientes pensados para un trato más humano. Sin embargo, deben evolucionar al ritmo de estos desarrollos para poder sacar el máximo partido de ellos.

2.3.5.5. GESTIÓN DE RIESGOS

Esta función, puramente financiera, define la naturaleza de los seguros privados de salud. Podríamos entender, haciendo un paralelismo con cierta imaginación que, **para un cliente, un seguro de salud privado es un fondo de ahorro** que prevé gastos futuros de alto coste que no podría afrontar sin la acumulación de dicho ahorro mientras que, por el camino, va gestionando su salud para retrasar todo lo posible el disfrute de su “fondo de ahorro”.

La aseguradora, por su parte, debe maximizar la rentabilidad de la suma de “fondos de ahorro” de sus clientes, gestionando los costes que se producen en la vida de su cartera de clientes mientras minimiza los casos en los que tiene que hacer frente a la necesidad de disponer de dicho plan de ahorro. Para ello, se establecen todas las políticas de carencias, exclusiones de cobertura, condiciones de pre-existencia de la patología y otras que podrían suponer para el cliente no poder disfrutar su “plan de ahorro” cuando más lo va a necesitar.

Es decir, **el valor que genera esta función para el cliente final es reducido si lo comparamos con el resto de funciones de la cadena** y, sin embargo, condiciona la propia existencia de las aseguradoras privadas de salud. Como hemos visto en las tendencias analizadas, el “Pay as you behave” es una demanda cada vez más clara y, en ese modelo nos queremos plantear si esta función financiera seguirá siendo necesaria tal y como la entendemos hoy en día.

-
- *La cadena de valor del segmento presenta espacios donde nuevas maneras de entender el modelo de negocio pueden entrar a modificarlo.*
 - *La generación de oferta está condicionada más por riesgos y costes que por las verdaderas necesidades de los clientes*
 - *Fuerte dependencia del canal indirecto que supone un alto coste durante toda la vida del cliente y, además, está fuertemente protegido por la regulación*
 - *El cuadro médico está compartido en un 93% por lo que no supone un elemento de diferenciación*
 - *Los centros médicos sufren una presión a la baja en los precios que les pagan las aseguradoras cuando el 95% de sus ingresos dependen de éstas*
 - *La compartición de talento médico entre sanidad pública y privada interesa a todas las partes*
 - *La función que define a las aseguradoras, la gestión del riesgo, es la que menos valor aporta al cliente final*
-

• ECOSISTEMA DE INNOVACIÓN

Como hemos visto, la cadena de valor del segmento de los seguros de salud responde a un sector tradicional que se siente poco amenazado y que, por tanto, no ha acometido un proceso profundo, ya no de transformación, si no de adaptación a los cambios. La evolución tecnológica y las nuevas demandas del cliente están poniendo en cuestión el statu quo del sector de los seguros de salud sin que éste parezca haber reaccionado. Sin embargo, **nuevos actores están entrando en escena y se caracterizan por ser nativos digitales, hacer un uso eficiente de la tecnología, tener estructuras de costes ligeras, desarrollar modelos de negocio disruptivos que ponen realmente al cliente en el centro y por vivir dentro de una cultura de innovación continua donde equivocarse no está penalizado.**

El nuevo ecosistema que se está generando es complejo y crece de forma acelerada inducido por un ritmo de innovación constante. Según Everis, en **2015 la inversión en insurtech alcanzó la cifra de 3.100 millones de dólares a nivel mundial, multiplicando x7,5 la inversión de 2013.** De esta inversión, más de la mitad se dedicó a ideas de modelos disruptivos del sector o ideas encaminadas a optimizar el producto y la experiencia del cliente.

Para entender este crecimiento, es importante entender los agentes que lo están empujando a nivel global. El panorama **insurtech está siendo respaldado tanto por las compañías de seguros, como por los gigantes de tecnología y las pequeñas startups disruptivas.**

COMPAÑÍAS DE SEGUROS

Las compañías de seguros están atacando varios de los frentes de innovación, aunque es destacable su esfuerzo en la innovación en productos, procesos y experiencia de cliente.

Su objetivo aquí es optimizar su estructura de costes dotándola de mayor tecnología que les permita reducirlos y, por otro lado, aumentar el engagement de sus clientes. El desarrollo de soluciones de relación con sus clientes vía móvil o la telemedicina son buen ejemplo de ello.

Pero algunas de ellas **son conscientes de que esto no será suficiente porque lo que está en cuestión es el propio modelo de negocio.** Por ello, son cada vez más las aseguradoras que dedican parte de sus recursos bien a innovar desde dentro de la organización bien a desarrollar estructuras de emprendimiento como incubadoras o aceleradoras.

En España, no todas las compañías aseguradoras tienen claro el escenario de disrupción y pocas de ellas han arrancado su transformación para adaptarse o lo están haciendo de forma muy tímida.

Hay ejemplos, no obstante, que pueden servir de espejo para que el resto del sector pueda fijarse y acometer un proceso de transformación acelerada. El modelo de innovación desde dentro ha sido el elegido por **Sanitas** que, habiendo atraído talento para su desarrollo, ha implantado metodología ágil para la innovación y herramientas Big Data con las que llegar más allá de información transaccional. Por otra parte, compañías como Caser (Programa Incubadora Digital), **Santalucía** (Santalucía Impulsa) o **Axa** (Axa Opensurance) han impulsado iniciativas a modo de incubadoras y aceleradoras de start up con las que poder ir identificando las ideas disruptivas y tener oportunidad de incorporarlas a su core business. La tercera opción para incorporar iniciativas de innovación es la de participar accionarialmente en start ups ya consolidadas. Este caso es el de AXA que, recientemente, ha anunciado su incorporación, en un 33%, al accionariado de SaludOnNet de la que hablaremos en las siguientes páginas.



GIGANTES TECNOLÓGICOS

El grupo comúnmente denominado GAFA - Google, Apple, Facebook, Amazon - están buscando la manera de posicionarse con fuerza en temas relacionados con la salud.

Dominadores del entorno digital y sus capacidades, están desarrollando o adquiriendo soluciones para poder aportar respuestas disruptivas.

Su objetivo no parece ser entrar en el negocio como aseguradoras pero sí que se ven capaces de desarrollar soluciones que, potencialmente, transformarán el sector tal y como lo conocemos hoy.

	PARTICIPACIÓN ACTUAL	IMPACTO FUTURO
	• Colección de datos útiles para el análisis de riesgos remitidos por dispositivos inteligentes en el ámbito hogar, vehículos y en lentes inteligentes con aplicación en salud. • Posee una gran capacidad de generación de oportunidades. • Ha desarrollado Google Home • A través de Verily, Calico y Google Ventures impulsan la investigación médica	• Procesar los datos de búsqueda para mejorar la suscripción y distribución, combinados con datos de la ingente información de clientes disponibles. • Uso de datos procedentes de dispositivos inteligentes para valoración de riesgos.
	• Recoge datos de entrenamiento y salud de diversas aplicaciones y proporciona una visión general de la salud del usuario. • Ha desarrollado CarPlay y Health Kit, ayudando a Apple a entrar en el sector de salud y vehículos conectados.	• Convertir Apple Watch en una herramienta útil para las aseguradoras en la captura de datos, monitorización remota de salud o para una evaluación de riesgo más acertada.
	• Provee herramientas a las aseguradoras para fortalecer la presencia de su marca en Facebook, lo que permite su uso como canal de distribución. • Ha adquirido "Moves", aplicación que realiza el seguimiento de entrenamiento del usuario y que posibilita la creación de programas de salud y bienestar a las aseguradoras.	• Utilizar el poder adquisitivo de grupos de clientes con necesidades homogéneas para la compra de pólizas de seguros. • Proporcionar mejor publicidad a través del rastreo de actividades del usuario fuera de la web. • Explotar los datos de actividades procedentes de aplicaciones de salud para valorar riesgos.
	• Posicionándose en la automatización del hogar con el lanzamiento de "Amazon Echo", además de estar trabajando en la interacción "Amazon Echo" con coches inteligentes.	• Usar la información procedente de las búsquedas, compras y reseñas de clientes para refinar su segmentación y ajustar las campañas comerciales de las aseguradoras. • Desarrollar aún más las capacidades de automatización del hogar y desempeñar un papel activo en la valoración de riesgo de los hábitos de vida.

Fuente: EVERIS¹⁷

EL DESPEGUE DE LAS INSURTECH

Como se ha mencionado previamente, el escenario insurtech está recibiendo un fuerte impulso inversor desde 2014 aunque es en 2015 cuando alcanza cifras similares a las inversiones en Fintech (según la fuente consultada, podrían ser superiores a éstas).

Por las características de las startups, **las insurtech están reformulando la cadena del valor del seguro de salud, poniendo en cuestión cada uno de los eslabones de dicha cadena.** En ocasiones, colocándose como partners de las aseguradoras en su proceso de transformación complementando y optimizando procesos. Pero ya existen propuestas disruptivas que cuestionan la propia naturaleza de las aseguradoras al recoger el guante de algunas de las tendencias analizadas como “Pay as you behave”, “Pay as you use” o plataformas colaborativas que, complementadas con una optimización en todos los eslabones de la cadena, cuestionan la labor de gestión del riesgo que hoy en día desempeñan las aseguradoras.

En la siguiente imagen se muestran, de forma no exhaustiva, cómo están impactando el ecosistema de innovación y de disrupción sobre la cadena de valor del segmento:

Cada una de las iniciativas planteadas tienen como finalidad optimizar, simplificar o, directamente, suprimir un eslabón de la cadena de valor. Recorriendo de nuevo esta cadena de valor se pueden identificar los puntos optimizables que hay en ella analizando la actividad de algunas insurtech.

Una de las maneras para adaptarse a esta corriente de innovación puede ser lo que algunos llaman COOPETITION, parte competencia y parte cooperación, que hará crecer el mercado por el que todos compiten de una manera sana y muy beneficiosa para el cliente pero también para todos los agentes que intervienen porque, a largo plazo, el éxito de una empresa no depende sólo del resultado de competir exitosamente en la respectiva industria sino también de ser un player activo en el destino de la misma. Está todavía en manos de las aseguradoras el papel que quieren adoptar en este escenario que se ha dibujado.



Fuente: elaboración propia



Jorge Cortell (CEO de Kanteron):

"[...] han convertido al sector de la salud en algo ultraconservador, más aún que el de las finanzas, y en parte, refractario a las innovaciones [...]. Sin embargo ahora hay un punto de inflexión porque los recientes resultados de las diversas tecnologías punta en la medicina ha sido validados por la ciencia, y ya no hay marcha atrás"

DEFINICIÓN DE OFERTA

- **Personalización:** utilizando tecnología Big Data, PicWell ha desarrollado un algoritmo para que, en base a unas pocas preguntas, una aseguradora pueda conocer el perfil de riesgo de un cliente potencial y personalizar su oferta.
- **Optimización:** utilizando tecnología de reconocimiento de imagen, Coverfy compara las pólizas que un cliente, con una simple fotografía, haya subido a la app para identificar las coberturas duplicadas para negociar con la aseguradoras o buscar pólizas más baratas pero con las mismas coberturas.
- **Asesoramiento:** Coverwallet permite a las empresas buscar las pólizas del mercado más adecuado al sector de actividad, número de empleados, coste, etc.

La configuración de oferta de una póliza de seguros venía siendo un traje de una sola medida para todos los clientes. La innovación de estas insurtech pone en cuestión esta manera de entender los seguros (no one size fits all).

El impacto sobre las aseguradoras puede ser muy alto si no se adaptan a esta corriente imperante puesto que, por un lado, podrían perder un volumen de clientes incremental. Por otro, aún no perdiendo a los clientes, éstos se volverán más exigentes, pedirán más transparencia, más personalización y un precio mucho menor.

CANAL DE DISTRIBUCIÓN

Este es el eslabón de la cadena donde más insurtech están desarrollando sus ideas por ser el que está más cerca de los clientes y donde se concentra una buena parte de los presupuestos de las aseguradoras.

- **Simplificación de procesos:** Avant2 es un marketplace enfocado a profesionales desde el que se puede buscar, seleccionar y directamente contratar una póliza desde la misma pantalla, sin tener que acceder a los sistemas de la aseguradora.
- **Búsqueda del cliente de nicho:** Clicksurance utiliza herramientas de marketing digital para encontrar nichos de clientes a quienes ofrecer seguros adaptados.
- **Digitalización:** eBroker es un software clásico en el sector pero ha evolucionado para ofrecer una solución de SaaS (Software as a Service) en la nube ahorrando costes de gestión para sus clientes y simplificando muchos procesos.
- **Seguridad en la web:** Signaturit ha desarrollado soluciones de firma digital con plena validez legal y máximos elementos de seguridad que facilitan los procesos de firma entre clientes, mediadores y aseguradoras.
- **Mejores ofertas:** los buscadores son herramientas ya muy desarrolladas y con un alto nivel de conocimiento entre los potenciales clientes. Acierto.es o Seguros.es son dos ejemplos de ello.

Creemos que conforme las soluciones tecnológicas terminen de madurar y empiecen a ser conocidas de forma masiva se convertirán en un gran riesgo para el canal de mediadores como de hecho ya se está comprobando. Una parte cada vez más relevante de la población empieza a contratar por internet un seguro y, además, las insurtech puede ofrecer al cliente final un nivel de personalización, cercanía y precios a los que mediadores tradicionales no tienen acceso.

PROVEEDORES DE EQUIPAMIENTO

Este es **el eslabón de la cadena con mayores barreras de entrada y el que presenta mayor dificultad para las insurtech**. Los costes de investigación y desarrollo para poder ofertar equipamiento hospitalario complejo es alto y las barreras regulatorias también ponen freno a la entrada de nuevas propuestas. En palabras de Jorge Cortell, CEO de Kanteron, una de las empresas punteras a nivel mundial *“han convertido al sector de la salud en algo ultraconservador, más aún que el de las finanzas, y en parte, refractario a las innovaciones”*.

Sin embargo, continúa Cortell, *“ahora hay un punto de inflexión porque los recientes resultados de las diversas tecnologías punta en la medicina han sido validados por la ciencia, y ya no hay marcha atrás”*.

Es decir, la caída en los costes de la tecnología y el boom de otras nuevas como Big Data, están permitiendo el surgimiento de insurtech que vienen a replantear las maneras de trabajar y el modelo de negocio de los proveedores de equipamiento y de farmacia.

Un muy buen ejemplo es la ya mencionada Kanteron, ya mencionada, una empresa española fundada y dirigida por Jorge Cortell que en octubre pasado recibió el premio *Grand Prize Exponential Medicine 2016* por parte de la Singularity University por *“haber desarrollado una plataforma de software que integra imágenes médicas con datos genómicos, de farmacogenómica y biosensores, para hacer un diagnóstico más rápido y preciso, y un tratamiento mejor planificado y eficaz que reduce los efectos adversos de la medicación”*.

Es decir, la utilización masiva de datos de varias disciplinas, tratados con tecnología Big Data, para encontrar correlaciones imposibles de identificar hasta ahora y sobre las que desarrollar tratamientos mucho más eficaces.



Carlos Falcato, fundador de SaludOnNet:

“Que nos identifiquen como agente disruptor de nuestro sector me gusta bastante”

PRESTADORES DE SERVICIOS

Junto a la comercialización de seguros, **es aquí donde el cliente tiene un contacto más cercano con el servicio y, por tanto, donde más valor percibe que le da su aseguradora**.

Además, es también donde los clientes se convierten en pacientes y pasan por situaciones muy sensibles, donde el trato debe ser más personal y cercano, tratando de evitar burocracia y otras ineficiencias innecesarias.

Por todo ello, también aquí se concentran un buen número de insurtech que ofrecen soluciones tecnológicamente muy avanzadas y que ayudan a personalizar los servicios.

- **Atención personalizada.** Savana es un software desarrollado en España de atención en consulta que sustituye los CRM, donde las opciones de diagnóstico están predefinidas, por una solución basada en el tratamiento del lenguaje natural. Con ello se evitan errores de selección en las opciones y favorecen que el médico se centre en reflejar los verdaderos síntomas del paciente.
- **Atención especializada 24x7.** Atrys aprovecha la tecnología y las diferencias horarias para realizar pruebas médicas en un lugar, enviar esa prueba a un especialista ubicado en cualquier lugar del mundo (hoy, están en Colombia) y conseguir un diagnóstico en menos de 1 hora. Ellos abogan por consultas personalizadas con médicos generalistas que remiten las pruebas a especialistas deslocalizados que devuelven el diagnóstico en 1 hora, ahorrando ingentes cantidades de dinero en médicos especialistas. Hoy diagnostican solo en España pero la solución es completamente escalable.
- **Telemedicina.** American Well es una plataforma de oferta y demanda que pone a disposición de profesionales y particulares servicios y especialistas.
- **Resolución de incidencias.** Screenshot es una plataforma que pone en común a clientes con aseguradoras para resolver incidencias fuera de lo común. Hoy enfocada en seguros sobre bienes, su salto a los seguros de salud seguro que se produce pronto.

Existe un debate entre los profesionales médicos sobre si la tecnología terminará sustituyendo a las personas o no. Hoy es difícil anticipar lo que ocurrirá pero lo que está claro es que la tecnología está permitiendo reducir el tiempo dedicado a la burocracia para dedicárselo a las personas, que el conocimiento y la experiencia no son todavía sustituibles por ella pero sí puede complementarlas para reducir los errores de diagnóstico, en definitiva, que **la tecnología bien gestionada está mejorando el sistema (eficiencias)**.

GESTIÓN DE RIESGOS

Esta es la parte de la cadena de valor menos atractiva para las insurtech porque la hemos definido como una función puramente financiera y, por tanto, se recoge aquí el riesgo que las aseguradoras acumulan a lo largo de la cadena que nadie querría asumir.

Sin embargo, sí es posible que ideas innovadoras permitan a las compañías aseguradoras gestionar mejor esta función reduciendo su peso sobre la cuenta de resultados. Una de estas ideas la aporta *QuanTemplate* que, utilizando modelos predictivos basados en Machine Learning, ayuda a las compañías a anticipar los riesgos generadores de gasto y minimizarlos tanto en su número como en su impacto.

Hasta aquí solo se han mencionado algunas de las miles de iniciativas que, a nivel mundial, se están llevando a cabo sobre la cadena de valor del segmento de los seguros de salud. El riesgo para las aseguradoras tradicionales de que su rol cambie de forma radical en los próximos años es enorme pero también lo son las oportunidades que estas insurtech ofrecen. **Está en manos de las compañías del sector conocer las iniciativas, analizarlas y aprovechar aquellas que mejor se vayan a adaptar a cada una de ellas.**

Con estos ejemplos analizados no se están proponiendo caminos o soluciones que el sector tenga que explorar para hacer su transformación porque, cada una de ellas, no deja de ser un proyecto abarcable por cualquiera de las compañías del sector. **El valor de estas iniciativas es el modelo bajo el que están desarrolladas, un modelo basado en 5 pilares** que sí que son difíciles de replicar en un segmento de actividad tradicional como es el de los seguros de salud. Los 5 pilares a los que las aseguradoras deberían acercarse:

- Nativos digitales, sin legacy tecnológico
- Poner al cliente realmente en el centro y situar la transparencia por delante de la rentabilidad
- Tener estructuras de costes ligeras
- Vivir una cultura de innovación continua y organizaciones flexibles y ágiles
- Situar el error en el ADN de la empresa

ALTERNATIVAS DE DISRUPCIÓN

Pero el riesgo va más allá de las empresas mencionadas y de los espacios concretos que existan en la cadena de valor del segmento donde estos ejemplos actúan. Y es que ya **existen iniciativas que amenazan el modelo de negocio del segmento en su totalidad.**

Desde los **gigantes tecnológicos, trabajando en cómo sacar partido del segmento, hasta pequeñas startups que están pensando, siempre con su nueva manera de enfocar el mercado, en cómo solucionar los problemas del cliente de una manera diferente**, amenazan con romper con el statu quo hasta ahora establecido.

Una de estas iniciativas es el **modelo basado en la economía colaborativa**, donde un grupo de personas con intereses comunes deciden mutualizar riesgos eliminando intermediarios. El grupo se autoregula, reduciendo costes, riesgos de fraude y maximizando su valor porque a final de cada año, se hace balance entre las aportaciones al grupo y los gastos generados por siniestros del mismo grupo y la cantidad sobrante es devuelta a los participantes. Estos modelos ya son una realidad, todavía incipiente, como lo demuestran los casos de *Sharenjoy* en España (desarrollada con apoyo de la Incubadora Digital de Caser) o de *Friendsurance* en Alemania.

Otro modelo es aquel que busca una solución a las necesidades de salud de la población, pero donde la **relación está ligada al pago por uso, es decir, el concepto llamado uberización llevado al mundo de la salud**. Este es el caso de *SaludOnNet*, una empresa española que, desde un profundo conocimiento del sector, ha conformado un marketplace de servicios médicos y de diagnóstico cuyo coste es hasta un 70% inferior al ofrecido por las aseguradoras. Con este descuento, el precio de los servicios demandados por la media de los clientes a lo largo de un año puede resultar más económicos solicitándolos a través de *SaludOnNet* que pagando una póliza a una aseguradora y, además, no tiene ni periodos de carencia ni exclusiones de coberturas. El potencial de esta iniciativa es enorme y las aseguradoras ya se están posicionando respecto a ella. Es el caso que hemos adelantado anteriormente de AXA que ha adquirido el 33% del accionariado de *SaludOnNet*. Previamente, en 2016, Sanitas había lanzado *Sanihub*, un Marketplace de servicios médicos y diagnósticos accesible tanto por clientes asegurados como de clientes no asegurados.

2.3.6. DAFO

Del diagnóstico anterior debemos extraer algunas conclusiones presentadas, esta vez, como un DAFO tradicional. Sin embargo, sí queremos arrancar este análisis por los aspectos positivos del mismo, oportunidades y fortalezas, puesto que la primera conclusión tanto de los datos extraídos como de las opiniones consultadas es de optimismo y de oportunidad para que un sector relevante para la sociedad, robusto financieramente y con proyección de crecimiento pueda aprovechar los próximos años para posicionarse como uno de los sectores tradicionales con mayor proyección innovadora y transformadora.

OPORTUNIDADES	FORTALEZAS
• Creciente sensibilidad a la colaboración público-privada • Rigidez del Sistema Nacional de Salud • Cronificación de enfermedades • Esperanza de vida al alza • Perspectivas económicas del sector favorables • Baja penetración de los seguros privados de salud • Amplias oportunidades por nuevo escenario tecnológico • Empoderamiento del paciente • Autorregulación	• Fortaleza financiera • Sector tradicionalmente enfocado al uso de datos • Exclusividad y calidad de los servicios prestados • Marcas reconocidas y reputación fuerte • Fidelidad de la cartera de clientes
AMENAZAS	DEBILIDADES
• Amenazas medioambientales • Nuevos modelos de negocio. Insurtech y grupo GAFA • Movimientos políticos y legislativos • Empoderamiento del paciente	• Sin sensación de amenaza que despierte estado de urgencia • Falta de cultura, gobernance y perfiles profesionales de innovación • Estrategias centradas en procesos y productos • Falta de transparencia en las condiciones ofrecidas • Desconocimiento de la oportunidad que ofrece el dato • El reto del legacy • Debilidades en la cadena de valor



OPORTUNIDADES:

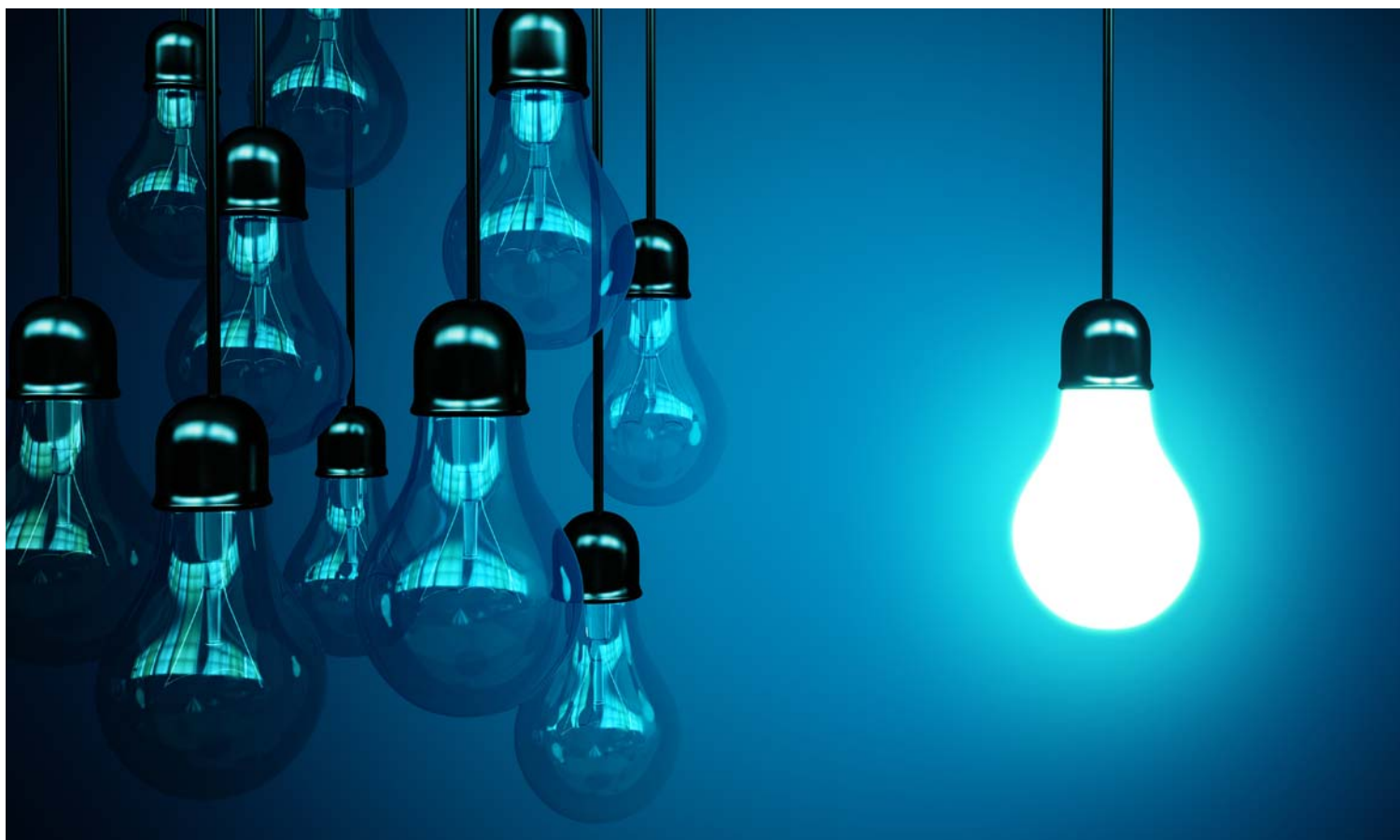
- Creciente sensibilidad a la colaboración público-privada.** Ya existe una colaboración en el ámbito de la prestación de servicios de la que se benefician ambas partes. Pero **la oportunidad se deriva de que esta colaboración se amplíe buscando adaptar el sistema sanitario en su conjunto a la velocidad de los cambios** e innovaciones que se están produciendo en todos los ámbitos. Definir una estrategia a largo plazo y conjunta, que defina cómo integrar todas las oportunidades que la tecnología brinda al sector salud es la mejor manera de que se pueda hacer frente a los retos que tiene delante.
- Rigidez del Sistema Nacional de Salud.** De la falta de prestación de determinados servicios y de falta de calidad/calidez en la prestación de otros se derivan buena parte de las oportunidades para el sector privado de salud. Entre los primeros, podemos destacar la atención buco-dental. Entre los segundos podemos destacar las especialidades que requieren seguimiento continuo o tratamientos a largo plazo como ginecología, obstetricia o fisioterapia o, sencillamente, el hecho de que para acceder a una especialidad médica sólo pueda hacerse tras una atención en los Servicios de Urgencia o tras una consulta en Atención Primaria. En cualquier seguro privado, el cliente puede acceder directamente a la especialidad que requiera y al especialista que se desee.
- Cronificación de enfermedades.** Es conocido cómo las investigaciones médicas y farmacéuticas están permitiendo que muchas enfermedades que hasta ahora tenían una tasa de mortalidad temprana estén evolucionando hacia enfermedades crónicas. Si **los seguros privados de salud tienen en el tratamiento de enfermedades crónicas una ventaja competitiva** frente a la sanidad pública, deben sacar el máximo partido a esta oportunidad. Sin embargo, **el sector debe trabajar en la gestión de los costes de atención a pacientes crónicos porque podrían dispararse y poner en riesgo su modelo de negocio.**
- Esperanza de vida al alza.** Los avances en medicina, farmacia y una mayor sensibilización de la sociedad por la prevención están derivando en una tendencia positiva en la esperanza de vida que, según la proyección del INE, la sitúa en 92 y 88 años para mujeres y hombres respectivamente en 2060 (frente a los 85 y 79 años registrados en 2016). Esta tendencia juega a favor de las aseguradoras en la medida que, como se ha mencionado, focalicen esfuerzos en gestionar la cronicidad de las enfermedades y sepan ver **nuevas oportunidades para el desarrollo de nuevos servicios y coberturas** (geriátría, psicología, fisioterapia, servicios de rehabilitación, nutrición).
- Perspectivas económicas del sector favorables.** Apalancándose en los servicios diferenciales frente al SNS mencionados anteriormente, **el crecimiento orgánico del sector parece que se sostendrá en los próximos años en ratios de entre el 3 y el 5%.** Además, otras tendencias como la contratación de seguros colectivos han venido creciendo incluso en los años de crisis ya que permiten a las empresas ofrecer un beneficio social de valor a sus empleados complementando así sus políticas salariales.
- Baja penetración de los seguros privados de salud** si lo comparamos con los países de nuestro entorno. En España, **el peso de las primas contratadas sobre el PIB fue en 2015 de un 5,1% frente al 8% de la UE15.**
- Amplias oportunidades por nuevo escenario tecnológico.** Como se ha visto anteriormente, todas las tecnologías que están definiendo la revolución digital han impactado o van a impactar en los seguros de salud. Esto no debe calificarse de otra manera que no sea como una oportunidad. Uso del dato como base para la medicina exponencial y preventiva, eficiencia en la gestión que permiten estas nuevas tecnologías, reducción de costes que supone una cultura de prevención y el cambio cultural que la sociedad en su conjunto está dando en este sentido, etc., son las principales ventajas que pueden aportar las nuevas tecnologías.

El sector debe aprovechar esta corriente de innovación y está en sus manos liderar esa adaptación o permitir que nuevos players ocupen el espacio de la innovación y una oportunidad se convierta en una gran amenaza.

- **Empoderamiento del paciente.** Confluyen para ello dos tendencias. Por un lado, tecnologías accesibles que permiten a la población hacer un seguimiento minucioso de los principales indicadores de salud (wearables, insideables, apps). Por otro lado, una concienciación social que favorece hábitos de vida saludables. Todo ello lleva a un número cada vez mayor de segmentos de población a tomar conciencia de su estado de salud y coger las riendas del cuidado y la **prevención en sus hábitos de vida que, gradualmente, deberá repercutir en una reducción de atención médica.**

- **Auto-regulación.** Los seguros en general, y los de salud en la misma medida, son uno de los sectores con una mayor carga regulatoria. **Los avances tecnológicos inundan ya la actividad aseguradora, también en el ámbito de los seguros de salud, y evolucionan a un ritmo mucho mayor que el regulador.** Un ejemplo de ello es la democratización de los estudios genéticos tras la drástica reducción en su coste¹⁸. Este es solo un ejemplo de los retos que el sector tiene por delante y para los que **debe empezar a pensar en medidas autoregulatorias que garanticen buenas prácticas en el sector y eviten que el regulador tenga que entrar a legislar.**

Un ejemplo de que la autoregulación es posible, es la Guía de Buenas Prácticas en la Contratación de un Seguro de Salud¹⁹ que la patronal del sector, UNESPA, publicó en 2016 y al que buena parte de las compañías del sector, entre ellas, las 10 primeras por número de pólizas y que suponen un 82,6% de la cuota de mercado, se han adherido a pesar de ser voluntaria.



¹⁸ Steven Monroe Lipkin. https://elpais.com/elpais/2017/07/06/ciencia/1499355309_012697.html

¹⁹ UNESPA. <http://unespa-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2017/04/Guia-buenas-practicas-seguros-salud.pdf>

FORTALEZAS:

- **Fortaleza financiera** incluso, durante la crisis. Los seguros de salud han sido de los pocos sectores tradicionales que han conseguido crecer durante los años de crisis. Durante este tiempo, además, se han producido un incremento de precios en las pólizas, crecimiento de la línea de negocio de mayor rentabilidad, la de cobertura bucodental, por encima del resto de pólizas y un crecimiento de los seguros colectivos. Con estos datos, podemos afirmar que **el sector en su conjunto goza de buena salud y dispone de vías de financiación suficientes para acometer inversiones** que la innovación y la transformación digital les va a exigir.

Por supuesto, hay compañías en el sector que no responden a este patrón de crecimiento y rentabilidad. Para estas compañías, de pequeño tamaño y que están concentradas en nichos concretos o en zonas geográficas concretas, les resultará difícil adaptarse a los cambios que se están produciendo y habrá una tendencia a ser absorbidas por compañías de mayor tamaño que puedan beneficiarse de sus economías de escala.

- **Sector tradicionalmente enfocado en el uso de volúmenes altos de datos.** Es cierto que no podemos describir su estrategia actual como Data Centric pero sí de que es consciente de las ventajas que puede obtener gestionando la información.

Es por ello, que **la posición del sector para evolucionar hacia una estrategia Data Centric es mucho más ventajosa a la de otros sectores** igualmente impactados por la disrupción tecnológica. **El potencial de transformación de una estrategia data oriented, hacen de esta oportunidad una de las piezas claves para el futuro.** Según fuentes del sector²⁰ se estima que la tecnología Big Data aplicada en el sector salud a nivel continental podría generar un ahorro de 250.000 millones de euros en los próximos años. Y son muy numerosas las vías de generación de valor vía nuevos ingresos que esta estrategia puede abrir.

- **Exclusividad y calidad de los servicios prestados.**

Las **diferencias entre los servicios prestados por el SNS y los seguros privados de salud son la base de la competitividad de estos últimos.** Desde nuestro punto de vista, hay especialidades como atención pediátrica o ginecológica, donde el usuario requiere cercanía de trato, calidez de atención y donde la confianza con el profesional médico es clave para establecer compromiso con la prevención, donde el SNS no ha puesto foco. En estos casos, que una mujer sea atendida por un ginecólogo distinto en cada visita, que la atención en la consulta sea acelerada o, sencillamente, que el trato sea poco personal y distante son motivos para que un nicho de población elija atención de un seguro privado.

El ejemplo más gráfico de lo anterior está en la Mutua General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) donde los usuarios deben elegir de forma excluyente qué entidad le presta el servicio de salud, el SNS o un seguro privado. El 82% prefieren ser atendidos por un seguro privado.



- **Marcas reconocidas y reputación fuerte.** Según se recoge en los informes disponibles sobre inversión publicitaria en España²¹, el sector salud en su conjunto es el 12º sector en volumen de inversión con 117 millones de euros al año, una posición muy por debajo del peso del sector en la economía española. Sin embargo, esto no evita que **3 marcas de seguros de salud privados aparezcan entre las 30 empresas con mejor reputación en España**²². Mapfre se sitúa en el puesto 8º, Sanitas en el 27º y DKV en el 30º (hay que tener en cuenta que Mapfre presta servicios en otros ramos del sector seguros en los que realiza una fuerte inversión de comunicación que, sin duda, ayudan a una mejor posición en el ranking).

Pensamos que **éste es un inmejorable punto de partida para que las empresas del sector se apalanquen en sus marcas** y acometan la transformación digital sin olvidar la esencia que las ha traído hasta aquí.

- **Fidelidad de la cartera de clientes.** La fidelidad de los clientes en el conjunto del sector de los seguros privados de salud es alta en comparación con otros sectores. Fuentes del sector apuntan a ratios de entre un 5 y un 15% de bajas anuales (otros servicios como telecomunicaciones o seguros de auto soportan tasas por encima del 20%). Además, estas bajas se concentran en nichos concretos de las carteras de clientes que contrataron su póliza en un momento concreto de su vida (edad fértil en el caso de mujeres) y que, pasado ese momento de necesidad, prescinden de su seguro privado siendo sustituido de forma orgánica por otros usuarios que han pasado a tener similares necesidades. Sin duda, una **fortaleza que les debe llevar a redoblar esfuerzos para poner realmente a los clientes en el centro de su estrategia y de sus operaciones.**



20 JAIME DEL BARRIO. Presidente de la Asociación Salud Digital. *El nuevo Reglamento General de Protección de Datos ya está en vigor.* <http://salud-digital.es/2016/07/12/el-nuevo-reglamento-general-de-proteccion-de-datos-ya-esta-en-vigor/2>

21 INFOADEX. Estudio sobre la inversión publicitaria en España en 2016. <http://mmaspain.com/inversion-publicitaria-espana-2017-estudio-infoadex/>

22 MERCO. Informe Merco empresas 2017. <http://merco.info/es/ranking-merco-empresas>

AMENAZAS

- **Amenazas medioambientales.** De sobra es sabido que, desde hace casi tres décadas, indicadores globales medioambientales anuncian un empeoramiento del mismo. En un plano más local, también existe preocupación por cómo la saturación de población en ciudades, el estilo de vida que se produce dentro de ellas y el exceso de contaminación (polución, exceso de luz y ruido) puedan estar afectando a la salud general de la población. Consideramos que las evidencias existentes son suficientes como para alertar al sector salud, y a los seguros privados en concreto, de que **esta tendencia podría incrementar la demanda de servicios médicos y hospitalarios y, por tanto, los costes asistenciales del sistema.**
- **Nuevos modelos de negocio. Insurtech y grupo GAFA.** Ya se ha hablado en detalle de la amenaza que supone tanto el ecosistema insurtech como el grupo GAFA (Google, Amazon, Facebook, Apple) de entrar en la cadena de valor de los seguros privados de salud por lo que, en este punto, tan sólo queremos apuntarlo como uno de los motivos fundamentales de la presente Hoja de Ruta de Transformación.
- **Movimientos políticos y legislativos.** Si bien hasta ahora todos los movimientos que se han producido en el plano político y legislativo han favorecido un sector de salud privado robusto y en crecimiento, creemos que existen ciertas amenazas que merecen ser mencionadas.

En el plano político, la consolidación en el Parlamento de **corrientes ideológicas que defienden una sanidad pública mucho más desarrollada y fortalecida que la actual** y donde no haya cabida para la colaboración privada pensamos que debe ser tenido muy en cuenta por el sector a la hora de poner en valor la aportación de los seguros privados al sistema de salud nacional. No pensamos que estas fuerzas vayan a consolidarse en el largo plazo pero sí pueden suponer un riesgo temporal en el desarrollo de la iniciativa privada.

Desde un punto de vista legislativo, la próxima entrada en vigor del Reglamento Europeo de Protección de Datos²³ afecta al sector de la salud de manera más directa que al resto de sectores. Esto es debido a que **los datos relacionados con la salud del paciente son considerados por esta regulación como “datos especiales”** (junto a datos relacionados con raza o religión de la persona) y exigen “obligaciones reforzadas” a las entidades que los manejen.

- **Empoderamiento del cliente.** Si bien esta macrotendencia la hemos identificado también como una oportunidad, pensamos que puede también convertirse en una amenaza a tener en cuenta. La combinación de las debilidades analizadas en el siguiente apartado y que el sector carece de la capacidad estratégica, cultural y tecnológica para responder a este hecho con garantías, deja un **espacio de oportunidad enorme para las empresas nativas digitales.** Defenderse ante este empuje está en manos de las aseguradoras tradicionales, pero deben poner foco en adaptar sus organizaciones al nuevo entorno digital.

23 EU Official Journal. General Data Protection Regulation (EU 2016/679)



DEBILIDADES:

- **Sin sensación de amenaza que despierte estado de urgencia.** En los contactos mantenidos con el entorno del sector hemos escuchado diversos motivos por los que se sientan protegidos frente a modelos disruptivos. La primera de las razones dadas es la fuerte regulación que les protege más que a otros sectores (banca, por ejemplo). Otras de las razones es la limitada rentabilidad del negocio asegurador en comparación al riesgo soportado y que, por tanto, no resulta atractiva para nuevos players (gigantes tecnológicos, por ejemplo). Una razón más es que su cartera de clientes es tecnológicamente menos madura que los clientes de otros sectores y, por tanto, tienen tiempo para adaptarse. Un motivo escuchado adicional es que éste es un sector de confianza entre cliente y compañía aseguradora y que, por tanto, el conocimiento de marca y la reputación del sector, les protege. Por último, se menciona la idea de que en este sector la economía de escala es fundamental para competir.

Debido a esta sensación de seguridad, muchas de las compañías no conocen en detalle las iniciativas que se están llevando a cabo por parte del movimiento insurtech ni consideran a los gigantes tecnológicos una amenaza real.

Es la sensación de amenaza la que nos hace movernos para defendernos. Que el sector asegurador no sienta esta amenaza es su principal debilidad y lo primero para lo que tienen que encontrar una solución analizando el valor que están perdiendo otros sectores en manos de modelos alternativos de negocio.

- **Falta de cultura, governance y perfiles profesionales de innovación.** De los contactos mantenidos con el sector para la realización de este estudio, son muy pocas las aseguradoras que nos han transmitido que la cultura de innovación sea transversal en sus organizaciones. Es cierto que la mayor parte de ellas ya tienen departamentos de innovación o de Transformación Digital o departamentos que están explorando la tecnología Big Data pero éstos son tan solo unos primeros y tímidos pasos para transformar las compañías. Igualmente, analizando los informes de gestión de 2016 de las principales aseguradoras, el capítulo dedicado a la Innovación o a la Transformación Digital es o inexistente o muy escueto y generalista.

De igual manera, el diagnóstico de los perfiles profesionales de los Comités de Dirección de las principales empresas del sector muestra una presencia de tan solo algunas personas relacionadas con la innovación e, incluso, poco peso relativo de personas llegadas desde otros sectores con visiones complementarias a las del sector.

Todo ello, nos dibuja **un escenario sobre el que resulta imprescindible hacer cambios para preparar a las organizaciones frente al entorno VUCA** en el que tienen ya que competir.

- **Estrategias centradas en procesos y productos.** La estrategia comercial de las aseguradoras de salud está diseñada para un mercado predecible donde la demanda es estable y hay que poner foco en la oferta para alcanzar los objetivos de rentabilidad.

La falta de personalización en la oferta, la estandarización en el diseño de productos en el sector para asegurar la rentabilidad, el modelo de relación con clínicas y médicos (a quienes se les presiona a la baja en precios constantemente para, de nuevo, asegurar la rentabilidad de las aseguradoras) y un canal mediador que no permite construir una experiencia de cliente coordinada con el resto de canales, debilitan al sector y le ponen en riesgo de ser atacado en todos los puntos de la cadena de valor.

- **Desconocimiento de la oportunidad que ofrece el dato.** Se ha destacado con anterioridad como una fortaleza que el segmento de los seguros de salud es uno de los sectores tradicionales más habituados al manejo de datos. Sin embargo, de forma general, no parece que el sector sea consciente del boom en la generación de datos que se ha producido durante los últimos tres años. Según Juan José Casado, Data & Analytics Corporate Director en Sanitas, cada dos días se generan tantos datos como ha generado la humanidad desde sus inicios hasta el 2003.

El potencial que tienen estos datos se está demostrando enorme. Conocimiento sobre los clientes, sus necesidades, sus hábitos de vida y, con todo ello, desarrollar líneas de oferta personalizada, hacer una gestión de riesgos predictiva, planificar procesos y prestaciones (urgencias, por ejemplo) en base a los resultados de dichos análisis.

Pero como decimos, salvo alguna excepción, no parece que el sector sea consciente de todo ello y se esté dotando del talento para aprovecharlo.

- **Falta de Transparencia en las condiciones ofrecidas.** En la estructura de oferta de todas las aseguradoras se presentan diferentes coberturas a contratar donde las diferencias entre las mismas no son evidentes. Leyendo detenidamente las coberturas de cada una de ellas se identifican ciertas limitaciones y características que no se explican en el momento de la contratación.

Tampoco el lenguaje utilizado en su explicación es accesible para las personas no avanzadas en el sector seguros. Periodos de carencia, exclusiones de cobertura, precio de las garantías accesorias opcionales o los factores de riesgo que afectan al precio de la prima a futuro son algunos de los aspectos menos visibles de las ofertas.

Por todo lo anterior, creemos que las compañías aseguradoras deben hacer frente a esta situación porque las empresas nativas digitales tienen en su ADN la transparencia en sus condiciones y éste es un factor cada vez más valorado por los usuarios.

- **El reto del Legacy.** Como todas las empresas no nacidas en entornos digitales, las aseguradoras acumulan una arquitectura de sistemas basada en esquemas mucho menos eficientes y ágiles que los utilizados por aquellas empresas nacidas en los últimos 20 años (y que hayan sabido desarrollar su arquitectura bajo las nuevas tecnologías cloud). La existencia de uno o varios sistemas de gestión paralelos con altos niveles de customización dificultan las actualizaciones de versiones y hacen que la velocidad de innovación y *go to market* de estas compañías no nativas digitales sea muy inferior a sus nuevas competidoras mientras que el coste es mucho mayor.

Como otros sectores, **el reto para estas compañías radica en sostener y evolucionar en su negocio tradicional sobre sistemas obsoletos mientras acometen una estrategia de innovación** y renovación de sus sistemas de gestión.



CONSTRUYENDO EL FUTURO DEL SEGURO DE SALUD



3.1. NUESTRA VISIÓN

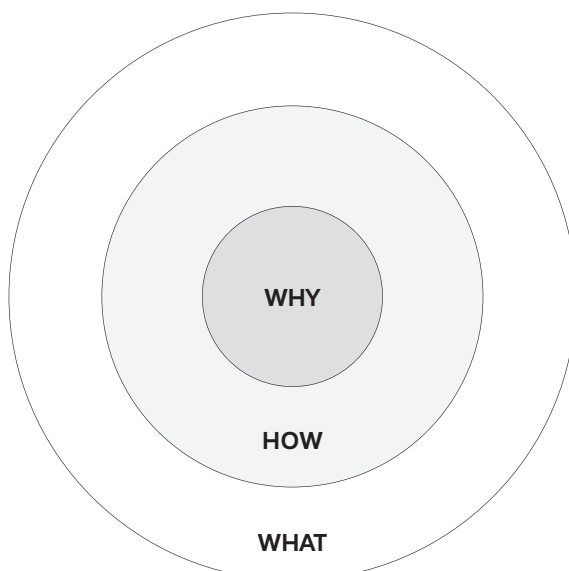
Como se ha analizado a lo largo de este informe, adaptarse a la velocidad de los cambios tecnológicos que se están viviendo en los últimos años en los seguros de salud exigen replantearse los pilares del negocio desde su base.

Utilizando las enseñanzas de Simon Sinek y su Círculo Dorado en el libro *Start with why: How great leaders inspire everyone to take action*, se trata de que cada compañía recorra su organización desde dentro hacia fuera para encontrar la esencia, el **POR QUÉ** están operando en este sector, qué legado quieren construir, en definitiva, el motivo primero por lo que la compañía existe.

Una vez redefinido o reencontrado el por qué, se trata de definir el **CÓMO** se va a llegar a ese *por qué*, qué conjunto de acciones y procesos van a desarrollar para hacerles especiales y diferenciarse del resto.

Y, por último, definir el **QUÉ** van a ofrecer en forma de productos, servicios, etc. En definitiva, de qué manera se materializa para el cliente el propósito de la compañía.

CÍRCULO DORADO





De cara a afrontar los nuevos retos, **el sector debe revisar su POR QUÉ para poner al cliente verdaderamente en el centro de su propósito**. Lo observado hasta ahora en el análisis del sector sitúa en ese centro la rentabilidad, tangibilizada ésta en forma de productos estandarizados y control de costes y riesgos. Desde este enfoque, las compañías que operan en el sector no podrán competir en el largo plazo porque serán los clientes quienes, poco a poco, dejarán de elegirles por sentir que su compañía no piensa en ellos como prioridad. Deben escuchar verdaderamente al cliente para encontrar de manera innovadora las respuestas a sus necesidades.

Las compañías **deben entender que la rentabilidad es solo la consecuencia pero no debe ser el centro de su estrategia**. Solo entendiendo ésto estarán en disposición de tomar decisiones en el corto, medio y largo plazo que no penalice a su cartera de clientes actuales y potenciales.

Para acometer el CÓMO, existen dos pilares sin los cuales ninguna compañía podrá adaptarse al nuevo escenario: orientación al DATO y CULTURA de innovación y atracción de talento innovador.

En cuanto al DATO, debe ser irrenunciable para las compañías entender el potencial del torrente de datos que genera su cartera en cada momento y utilizarlos para conocer sus comportamientos, inferir deseos y localizarlos en los medios tanto online como offline. Más allá, deben explotar también los datos disponibles abiertos a quien quiera utilizarlos que permitan construir modelos de correlación que ayuden a anticipar comportamientos (información sobre el tráfico, polución, previsión).

Hablábamos antes de que las compañías tienen que escuchar al cliente. Y la manera más eficaz de escucharle es tratar sus datos y extraer de ellos todo el conocimiento evidente e inferido que sea capaz para, desde ahí, trabajar el QUÉ va a ofrecerle.

Pero nada de lo anterior será posible si no acomete primero una transformación de su CULTURA y pone foco en las PERSONAS que la tienen que liderar, haciéndola girar hacia estructuras flexibles, abiertas y mucho más horizontales. La configuración actual de las organizaciones en forma de silos y su fuerte orientación hacia la rentabilidad (productos y procesos) ahogan la innovación o la limitan a soluciones muy concretas que resuelven problemas dentro de cada silo.



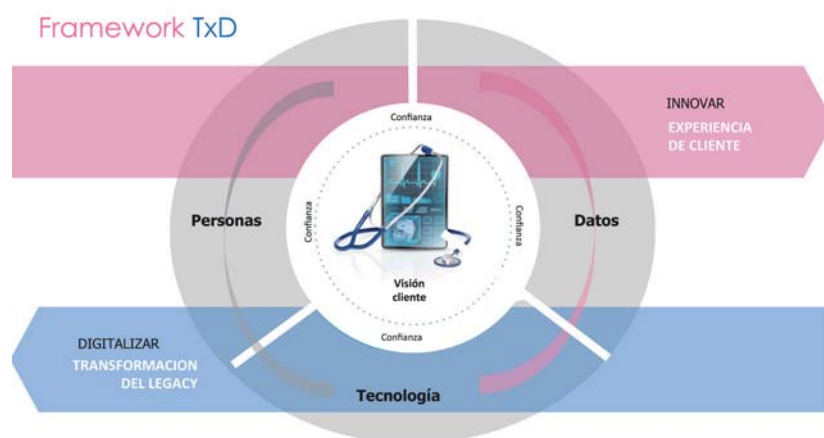
Necesitan romper dichos silos fomentando equipos multidisciplinares, identificando líderes que combinen sensibilidad de cliente con conocimiento tecnológico, líderes ambidiestros que sepan gestionar el negocio de hoy y a la vez empujen la transformación, implantando metodologías ágiles de trabajo que les permita probar, errar, aprender y volver a intentarlo, fomentando la libertad de innovación y entendiendo que **el potencial de que todos los miembros de la organización vivan dentro de una cultura de innovación es exponencialmente más potente a que unos pocos especialistas definan el futuro de la compañía.**

Todo ello será posible si se identifica al talento que pueda liderar este proceso, ayudando a la actual organización a desarrollar nuevas capacidades y a adaptarse a una nueva forma de trabajo o trayendo ese talento de fuera de la organización. Serán las personas, todas las de la organización, las que hagan el cambio o el cambio no se hará.

A estos dos pilares hay que añadir uno adicional, **la TECNOLOGÍA, como herramienta que va a permitir ejecutar la estrategia.** La velocidad de evolución de la tecnología y la reducción de sus costes a prácticamente el mismo ritmo, pone en la mano de las grandes aseguradoras las herramientas para transformarse, pero deben darse cuenta de que, dichas herramientas, también están en manos de todo aquel con cultura de innovación que quiera desarrollar su actividad en este mismo segmento.

Tomando estos tres elementos estratégicos, **DATO, PERSONAS y TECNOLOGÍA, como vectores prioritarios del cambio**, las compañías deben acometer planes concretos para bajarlos a la realidad de la compañía y completar el **QUÉ**. En las siguientes páginas se propone la Hoja de Ruta para la Transformación Digital basándose en los 3 vectores propuestos.

3.2. VECTORES PARA LA TRANSFORMACIÓN



3.2.1. PERSONAS: CULTURA, MODELO ORGANIZATIVO Y TALENTO

La digitalización es un proceso de profunda transformación que está generando nuevos retos y oportunidades de negocio pero que solo resultará exitosa si es liderada por **personas profundamente comprometidas** con el proceso.

Requiere de un **profundo cambio de mindset en la cultura, en la organización y en su gobernanza así como en el talento que habita en las compañías.**

Según Jaime del Barrio, Presidente de la Asociación de Salud Digital, **el sector de las Aseguradoras de Salud se “resiste al cambio” y “va de 2 a 5 años por detrás de otros sectores, como la Banca, en Transformación Digital”**. Esto se debe en parte a que ha sido un sector estable o en crecimiento, incluso durante la crisis, y a estructuras organizativas tradicionales y/o rígidas. Lo que no significa que el sector no esté ya en fase de cambio; todas las Aseguradoras de Salud con las que hemos hablado se encuentran en pleno proceso de transformación, aunque con muy diferentes grados de ilusión, rigurosidad e implantación.

A pesar de que, en muchos casos, están siendo los clientes, los nuevos modelos de negocio generados por la tecnología y los nuevos players o start-ups en el sector, como las InsurTech o G.A.F.A., los que han obligado a las Aseguradoras de Salud a transformarse y a adaptarse al cambio, la decisión de acometer **la transformación debe partir del seno de la compañía, ser liderada por sus directivos para convertirlo en un pilar estratégico clave.**

JOSÉ CABRERA, Blog
Innovación en la Gestión

“La transformación digital es esencialmente una cuestión de cultura organizativa y de adaptación de las personas a nuevas formas de trabajar, de crear valor y de generar nuevas capacidades digitales”

ÁNGEL UZQUIZA, Santalucía

“Las Start-Ups van a aperturar el ecosistema tan cerrado de seguros”

A día de hoy, de las 7 compañías mayores en el sector de Seguros de Salud, solo una no tiene la Transformación Digital (referida como Transformación Cultural en Adeslas y Aegón) dentro de sus 3 objetivos estratégicos principales.

No hay una única manera de afrontar este cambio. Aquellas Aseguradoras de Salud que están liderando el proceso de transformación digital/cultural han elegido diferentes caminos para integrar la innovación en sus negocios:

- Algunas han **apostado por un cambio integral en su estructura organizacional y actual modelo de negocio haciendo permear la innovación a cada área y proceso de negocio**. Un ejemplo de ello es **Sanitas** que, poniendo al cliente en el centro de su estrategia, ha incorporado talento digital a su equipo de dirección para, desde ahí, empujar la cultura de innovación. De momento es la única Aseguradora de Salud con talento digital en su Comité de Dirección.
- Otras Aseguradoras de Salud han fomentado estrategias de **acercamiento a las InsurTech a través de incubadoras o aceleradoras propias generando ecosistemas de emprendimiento y generando espacios de co-creación. Esto les ha permitido** entrar en contacto directo con iniciativas que tienen en su ADN la innovación y la agilidad en sus procesos para, una vez desarrolladas, incorporarlas a sus procesos de negocio principales. Este es el caso de **Santalucía** con **Impulsa** o **Caser** con su **Incubadora Digital**.
- Hay otra tercera vía que responde a un modelo en el que se **genera una organización alternativa a la tradicional donde se concentra el talento digital** para que, desde esa nueva organización y enfoque, se desarrolle la base de lo que podrá ser el negocio futuro de la principal. Quizá este fuese el **objetivo de las segundas marcas que otros ramos del seguro han empujado en los últimos años**. O la iniciativa recientemente lanzada por **Sanitas**, aunque sin utilizar su marca principal, denominada **Sanihub** y que copia el modelo de marketplace de servicios médicos propuesto por varias startups como *SaludOnNet* o *Medipremium*.

Insistimos en que no existe un modelo perfecto y único. Hemos visto casos donde están conviviendo más de un modelo de innovación dentro de una misma organización. La decisión debe nacer tras un análisis profundo de cada organización y de cada alternativa.

Un interesante caso es **Santalucía**, por ejemplo, donde se están aplicando una **mezcla de modelos internos y externos para promover la Innovación y facilitar la Transformación Digital**, que les permite cambiar a la vez que –en paralelo y sin esperar– se produce la digitalización, convirtiéndose en una **ventaja competitiva**:

1. Fomento del diseño de Productos, Procesos y Servicios disruptivos, que generen negocio incremental
2. Impulso de una Cultura de Innovación dentro del Grupo:
 - a. Lanzando retos a la organización
 - b. Organizando talleres de formación en metodologías ágiles
 - c. Boletín Digital para empleados compartiendo casos de éxito
 - d. Aprendizaje continuo para empleados a través de contenido y gamificación (Ciudad de Talento)
 - e. Eventos físicos con expertos externos invitados del mundo de la innovación y digitalización (Ninoesferas)
3. Impacto en el ecosistema emprendedor de las start-ups (externo) a través de su incubadora Santalucía Impulsa, buscando aceleración y escalabilidad
4. Programa de Emprendimiento para Empleados (interno)
5. Open Innovation, co-creando con partners externos (grandes empresas, parques científicos, universidades y todo tipo de ecosistemas)

Lo importante es que la Cultura de Innovación y la Transformación Digital recale en las Personas. Es ahí donde debe arrancar todo proceso de transformación (digital o no), fijando nuevos pilares sobre los que sustentar un cambio que proponemos sea pivotando sobre **tres ejes: Cultura de empresa, Governance y Talento**.



1. CULTURA

La transformación digital debe ser una **apuesta sostenida y sostenible**. Y para que esto sea posible **debe arraigarse en lo más profundo de la organización**, en eso que llamamos la **Cultura de la Empresa**.

En demasiadas ocasiones hemos observado en este sector que, **los aspectos culturales, organizativos y de liderazgo (todo lo que tiene que ver con Personas) se subestiman ante el reto tecnológico y competitivo**, para luego encontrar que no se dispone de los perfiles digitales, ni de liderazgo necesario para llevarlo adelante con éxito.

Hay **algo común en los casos de las Aseguradoras de Salud que están avanzando de manera significativa en su transformación** y es **contar con el liderazgo y total apoyo del CEO y del Comité Directivo**. Sin su apoyo decidido no es posible empujar una cultura de innovación y digitalización perdurable.

La cultura de las Aseguradoras de Salud está anclada en un momento histórico muy distinto al actual. En ese momento pasado, la experiencia era un valor en sí mismo porque se podía proyectar hacia el futuro sin riesgo a equivocarse, el conocimiento vertical sobre un área funcional primaba sobre las visiones holísticas de negocio, las decisiones eran tomadas de arriba hacia abajo y la competitividad entre equipos era la manera de alcanzar los resultados. Todo ello, generaba silos organizacionales y de competencia que cada día se especializaban más en su tarea pero dejaban a un lado la visión general sobre el cliente y el modelo de negocio.

Las organizaciones que hoy están teniendo éxito se caracterizan por ser menos jerarquizadas, con estrategias definidas de abajo hacia arriba que permiten escuchar a los que están más cerca del cliente. Y es que el nuevo enfoque del trabajo en una organización debe implicar una **transferencia del control desde la empresa al empleado para integrar a todos los individuos**, empoderando a cada uno de ellos con independencia de su responsabilidad en la organización, y hacerlos sentirse parte importante de la empresa.

Adicionalmente, las Aseguradoras de Salud tienen (o tenían), en su mayoría, plantillas con empleados que llevan en la compañía una media de 20-30 años y para quienes el cambio cultural y de mindset necesario – más la capacitación digital – puede resultar demasiado duro. Así que parte del cambio cultural de la Transformación Digital deberá ser de plantilla también.

Un problema para las Aseguradoras de Salud y sus equipo Directivos es cómo hacer la transición de una cultura a la otra sin descarrilar. El proceso de transformar la empresa va a ser constante y la capacidad para gestionar los momentos de incertidumbre que surgirán debe ser una de las cualidades del líder.

Hay algunas pautas posibles sobre las que apoyarse para hacer esta transición pero, una vez más, no pretendemos ofrecer una recomendación monolítica, sino unas recomendaciones, ejemplos y best practices del sector en los que apoyarse para que cada Aseguradora de Salud personalice su proceso de transformación cultural:

- **Dar un motivo para empezar el cambio:**

El origen de todo cambio es **un estímulo, la activación de una palanca de cambio**. El CEO y su equipo de dirección debe encontrar un estímulo potente y creíble para trasladar a la organización.

Un buen estímulo puede ser transmitir estado de alarma en relación al nuevo escenario competitivo. Escanear el entorno para identificar a los nuevos competidores y determinar el impacto en el sector ayudará a entender la necesidad de acometerlo. Un magnífico ejemplo lo tenemos en el BBVA. Su Presidente, Francisco González, comunicó al mercado que “La competencia de la banca online estaba en Google y Amazon” identificando nuevos competidores que, en ese momento, no estaban en el radar de las entidades financieras. Este mensaje sirvió, no solo para que su organización despertara a una sensación de urgencia y acelerase la transformación que ya había iniciado sino para que, la totalidad del sector, tomase conciencia de lo que estaba por venir. En el caso de las Aseguradoras de Salud, el nuevo competidor han sido las InsurTech, a la vez que la potencial amenaza de las G.A.F.A.

Otro estímulo puede ser el cambio de sede social, como ha hecho Aegón. La compañía ha renovado recientemente sus instalaciones corporativas apostando por nuevas metodologías de trabajo y espacios abiertos. A través de un recorrido por sus nuevas oficinas, vemos cómo **Aegon** traslada su concepto de organización flexible tanto en su espacio Open Space como en las condiciones de trabajo y de conciliación de las que gozan sus empleados.

- **Redefinir la estrategia:**

Es aquí donde los miembros del Comité de Dirección deben sentar las bases para el futuro de la organización. Volver a lo básico e intrínseco para poder proyectarse a la situación futura deseable. Es decir, recorrer el esquema de Simon Sinek y su Círculo Dorado.

No se trata de definir la estrategia en su totalidad, solo de dibujar el futuro diferente al que aspirar, **generar la visión que nos enfoque a la estrella polar a la que la organización quiere dirigirse.**



DAVID GRACIA, *Sanitas*

*“Hay un mundo de posibilidades por delante. En Sanitas no queremos adivinar hacia dónde irá la innovación en el sector de la salud, sino que **tenemos la ambición de liderar esa transformación, de marcar nosotros cuáles serán las próximas tendencias**”*

En esta área hemos visto interesantes ejemplos al redireccionar la estrategia completamente hacia el Cliente de seguros de salud, que pasa de Cliente-Pagador a Cliente-Socio de la aseguradora. De esta manera y gracias a las nuevas tecnologías, se abren áreas nuevas, como la Medicina de Prevención, la Gestión de Crónicos y la Transparencia.

- **Señalar al líder, definir el equipo para el cambio y establecer un Road Map:**

El CEO debe identificar las personas capaces de liderar este cambio cultural, aquellas que comparten su visión y son capaces de trasladarla al resto de la organización. Pueden ser personas de la actual organización con habilidades y capacidad para acometer esa tarea, pero no hay que descartar nuevos perfiles externos que sean capaces de replantear realidades hasta ese momento aparentemente inmutables.

Debe construir este nuevo equipo que va a liderar la transformación dotándolo de una “autoritas” que le empodere de cara al resto de la organización. Los resultados de los equipos líderes (frente a los líderes aislados) están generando fantásticos resultados.

- **Compartir la visión con la organización (No One Left Behind):**

Nadie puede quedarse fuera del reto de transformarse y para ello hay que comunicar esa nueva forma de organizarse haciendo un esfuerzo consciente y planificado de esta tarea. Significa romper con el esquema de gestión anterior donde la estrategia solo se compartía con la dirección pero no llegaba a la base de los organigramas.

Debe hacerse de forma abierta, creíble y honesta, además de continua, porque el objetivo es que toda la compañía se impregne de esa CONCIENCIA DE CAMBIO y empiece a articular sus pensamientos y acciones en base a esa nueva misión.

Algunos ejemplos de comunicación continua de esta visión con la organización en las Aseguradoras de Salud han sido el uso de:

- Boletín Digital para Empleados (Santalucía)
- Employer Branding (Aegón)

Hablamos de empezar a **tratar a los empleados como co-responsables en los que delegar esa tarea de transformarse** otorgándoles márgenes de confianza ante las responsabilidades que asumen. Recordarles la importancia que cada uno de ellos tiene para la empresa.



- **Vencer resistencias:**

Todo cambio genera resistencia, una respuesta nacida habitualmente del miedo a lo desconocido y a la capacidad individual de adaptarse. Hay que identificar esa resistencia para actuar, primero, de manera integradora ofreciendo las herramientas para poder hacerlo (formación, cross-mentoring), pero, si no es posible la adaptación habrá que tomar decisiones valientes que transmitan al resto de la organización que el cambio no tiene marcha atrás.

- **Asegurarse triunfos a corto plazo:**

Se trata de ganar credibilidad desde los resultados y empezar desde el principio para asegurar apoyo y motivación. Acciones que actúen sobre métricas concretas que puedan mostrarse a la organización como ejemplos sobre los que seguir construyendo y que generen confianza en el rumbo marcado por la organización y sus directivos.

Los “quick wins” permiten reforzar la estrategia acometida y animan a seguir trabajando en la dirección escogida.

- **Seguir innovando:**

Ante la incertidumbre del nuevo camino y las acciones para transitar por él, se cometerán errores. Es imprescindible aprender a gestionar la frustración y comprender que, en este nuevo escenario, el error es posible y es necesario y sólo puede servir para impulsar y reforzar otras alternativas. La clave estará, por tanto, en convencer a los equipos de que, tras un error, hay una ventaja competitiva ganada si se consigue aprender, corregir rápido y con un bajo coste.

Durante el proceso, hay que empezar a identificar a los agentes provocadores del cambio en la parte operativa de los organigramas y el middle-management, esos intraemprendedores capaces de ser un espejo en el que proyectar al resto de la organización.

2. GOVERNANCE O MODELO ORGANIZATIVO

El entorno dinámico que estamos viviendo ha afectado de manera muy significativa a nuestro ámbito laboral que ahora demanda trabajadores más flexibles, dispuestos a adaptarse permanentemente y aprender durante ese proceso, que comulguen con proyectos cuya vocación sea claramente temporal, lo que les permitirá colaborar a la vez con distintas organizaciones e intercambiar conocimiento.

Pero estos cambios también están generando un panorama de incertidumbre dentro de las Aseguradoras de Salud, al que se suma la falta de capacitación digital y habilidades de plantillas muy diversas, con métodos de trabajo muy distintos al de las generaciones digitales que se incorporan a las compañías como parte del cambio.



RICH MILGRAM, CEO de BEYOND

“Si tuviera una plantilla de personas que pudieran comunicarse con la elegancia de un Baby Boomer, la reflexión de un Gen-Xer y la velocidad de un Millennial, contaría con la plantilla perfecta”

La habilidad para gestionar y aprovechar esta diversidad cultural y generacional será la clave del éxito. Las Aseguradoras de Salud deberán crear una cultura que abrace las distintas cualidades de las personas y les enseñe a valorar mutuamente las habilidades de los distintos miembros de un equipo.



SHERYL SANDBERG, Facebook COO

“En Facebook intentamos que sean los trabajos los que se ajusten a las personas y no las personas a los trabajos. Tratamos de fijarnos en las fortalezas de cada uno de los empleados y buscamos fórmulas que nos permitan aprovecharlas cada día”

Para ello es imprescindible dotar a la función de RRHH de un papel clave en la organización con el objetivo de desempeñar un rol más estratégico en la gestión del cambio durante los procesos de transformación. Esta parece ser un área de oportunidad dentro de los procesos de cambio de las Aseguradoras de Salud, donde los cambios en la capacitación de personas han seguido a los cambios de tecnología y procesos, generando un gap de implementación.

Un cambio tan profundo en la manera de gestionar personas implica una verdadera revolución para los equipos de RRHH y les exigirá, a ellos principalmente, una profunda transformación. De no ser así, estos equipos perderán paulatinamente relevancia y su función se irá diluyendo hasta que sean las áreas operativas las que las asuman (Innovación, Transformación Digital, Marketing).

Para poder anticiparse a las necesidades de la organización los equipos de RRHH deberán estar más próximos a los equipos de negocio para poder explotar el potencial de las TIC's en la gestión eficiente de las personas y la organización del trabajo y colaborar conjuntamente para encontrar los perfiles más adecuados a cada una de las necesidades de la empresa.

Procesos como la selección, la evaluación del desempeño, la retribución o la gestión del compromiso están evolucionando hacia modelos soportados por tecnologías sociales que ya incorporan atributos como la eliminación de barreras físicas para acceder al talento, la posibilidad de contar con feedback en tiempo real o la capacidad predictiva para tomar decisiones de manera proactiva.

Es condición irrenunciable para las Aseguradoras de Salud empezar a liderar la adaptación a este nuevo escenario.



LARRY ELLISON, *Oracle's Co-Funder*

“Qué es Oracle? Oracle son personas. En la compañía decidimos delegar en el departamento de RRHH la función de construir la organización, de encontrar a las personas adecuadas a los puestos que se necesitan y de hacerlas crecer dentro de las mismas”



Es imprescindible también que las Aseguradoras de Salud se muden hacia **estructuras flexibles, abiertas y más horizontales**, que permitan el empoderamiento del empleado y el fomento del intraemprendimiento.

A nosotros nos gusta llamarlo **Collaborative Everything** y, en el contexto del Modelo Organizativo, se reflejaría en **ecosistemas abiertos, colaborativos, comunicativos, ágiles** y que son las bases para la innovación.

El objetivo es acabar con uno de los principales problemas de muchas organizaciones tradicionales; la multiplicidad de departamentos aislados, convertidos en silos que imposibilitan la comunicación, la cooperación y la innovación entre los miembros de una misma empresa.

Internamente, los **Ecosistema de Colaboración** permiten y estimulan la creación de equipos multidisciplinares y transversales trabajando por proyectos; facilitan la oportunidad para el **Cross-Mentoring**, mezclando a perfiles digitales con perfiles tradicionales de negocio; se prestan a la incorporación de **procesos ágiles** enfocados a la experimentación; a la creación y utilización de **bases de datos compartidas** y abren la puerta a la creación de **áreas de innovación**.

Externamente, bajo un marco estructural desarrollado y probado, los Ecosistemas de Colaboración permiten la creación de **proyectos disruptivos con socios externos e, incluso, con Clientes y vendors**.

Ejemplos en el sector de Aseguradoras de Salud son las colaboraciones entre aseguradoras (eg: Sanitas Salud + Santalucía Decesos), las colaboraciones de las grandes compañías de seguros de salud con las InsurTech (eg: Allianz X y AXA Openfuture) y el uso de Incubadoras y de laboratorios digitales (eg: Santalucía Impulsa y Caser Incubadora Digital).

Desde nuestro punto de vista, **las empresas ya no sirven a los clientes sino que colaboran con ellos, no compiten con sus rivales sino que se asocian con ellos y no están limitadas por las fronteras del sector, sino que las traspasan**.

Estas nuevas formas de trabajo deben **complementarse a través de espacios de trabajo**, basados en la colaboración, transversalidad, movilidad y creatividad, **que faciliten estas nuevas maneras de trabajo y resulten atractivas e inspiradoras para los nuevos perfiles que está generando la nueva economía digital**.



Las **nuevas formas de trabajo** como las metodologías de creación y desarrollo ágiles (design thinking, lean start up, scrum, etc.) exigen espacios como mesas de expertos, foros y encuentros con otros agentes del ecosistema, salas amplias y flexibles en tamaño y configuración, laboratorios donde desarrollar pruebas de concepto y testeo.

Pero estos espacios deben estar vivos y, para ello, deben **dar cabida a la innovación y a las propuestas nacidas desde los equipos de trabajo que son, al fin y al cabo, quienes las habitan**. Para las Aseguradoras de Salud en proceso de transformación, **además, resultan fundamentales para atraer el nuevo talento digital** que se está desarrollando y que ve en estos aspectos una fuente adicional de motivación. No debe olvidarse la parte física del cambio cultural y organizacional, es clave para su éxito y, como ya explicamos, puede ser una efectiva palanca de cambio.



Por último, **la tecnología debe ser utilizada como facilitadora y aceleradora de la innovación y la colaboración dentro de la organización**. Más allá de la conectividad, entendida ya como instalada en cualquier organización que haya llegado hasta aquí, se deben fomentar el uso de tecnología móvil, herramientas colaborativas como Slack o Trello, redes sociales, blogs de divulgación, etc.

3. TALENTO

Es fundamental para las Aseguradoras de Salud entender las nuevas necesidades que surgen a lo largo del proceso de transformación. Estas nuevas funciones requieren de perfiles diferentes, completamente nuevos para algunas funciones o perfiles existentes evolucionados en el mundo digital.

La labor de las Aseguradoras de Salud también debe incorporar estrategias de captación y retención de talento y para ello hay que identificar las habilidades y capacidades que se necesitan y de las que se carecen para acometer la transformación.

Porque hoy en día ya no basta con un buen paquete de incentivos económicos para captar o retener a empleados con determinadas capacidades digitales. En el nuevo ranking 2017 para España de la consultora Great Place to Work, están algunas de las razones evaluadas más positivamente por sus empleados:

98%	Cuenta con Horario Flexible
82%	Tiene medidas de Tele-trabajo
98%	Ofrece seguro médico privado
85%	Ofrece Ayudas a la Formación
90%	Recoge Ideas de Empleados
95%	Cuenta con Zonas de Descanso para Empleados
65%	Ofrece facilidades para tomar un Año Sabático

Dentro del top 10 nos encontramos a Liberty Seguros como #1 y Mapfre #6 dentro de la categoría de >1000 empleados y a DKV Seguros como #7 y Reale #8 dentro de la categoría de 500-1000 empleados.

(Fuente: "¿Cuáles son las mejores empresas para trabajar en España?" publicado por 5 Días, 2 Abril 2017)

Trataremos de identificar qué capacidades deben tener las personas en las nuevas organizaciones digitales, centrándonos en 3 aspectos que creemos críticos:

1. Liderazgo
2. Capacitación Digital
3. Empoderamiento

3.1. LIDERAZGO

En el proceso de transformación digital las Aseguradoras de Salud necesitarán **líderes ambidiestros**, es decir, personas **capaces de gestionar los procesos del modelo de negocio actual y la capacidad de liderar un entorno de innovación constante**. Que sean estrategas y ejecutores, pudiendo visionar el futuro y ejecutar en el presente.



Este concepto de Líder ambidiestro tiene que ver también con la capacidad para simultanear perfil analítico con la gestión de personas. Estos dos ámbitos, entendidos hasta ahora y de forma habitual, como contrarios son los que se requieren para llevar adelante el cambio.

Mientras que hasta hace bien poco se fomentaban especialistas funcionales capaces de ejecutar su jerarquía funcional, ahora se requieren técnicos humanistas.

La capacidad de conectar con los equipos de trabajo se revela como fundamental para acelerar el cambio, identificar, desarrollar y retener el talento de su organización y amplificar exponencialmente el valor aportado por los equipos.

Las principales competencias que se requieren a un líder son:

- La visión
- El conocimiento y las habilidades digitales
- La gestión empática de equipos
- Las habilidades para la comunicación
- La capacidad para aprender con rapidez (de aciertos y fallos)
- La capacidad para innovar

El líder debe ser una persona coherente con lo que predica y ejemplar, actuando de acuerdo con los nuevos valores porque sólo así su discurso será creíble de cara a sus colaboradores. Esa es la honestidad que se espera de él/ella, la que le permitirá que su equipo le apoye decididamente en la dirección marcada.

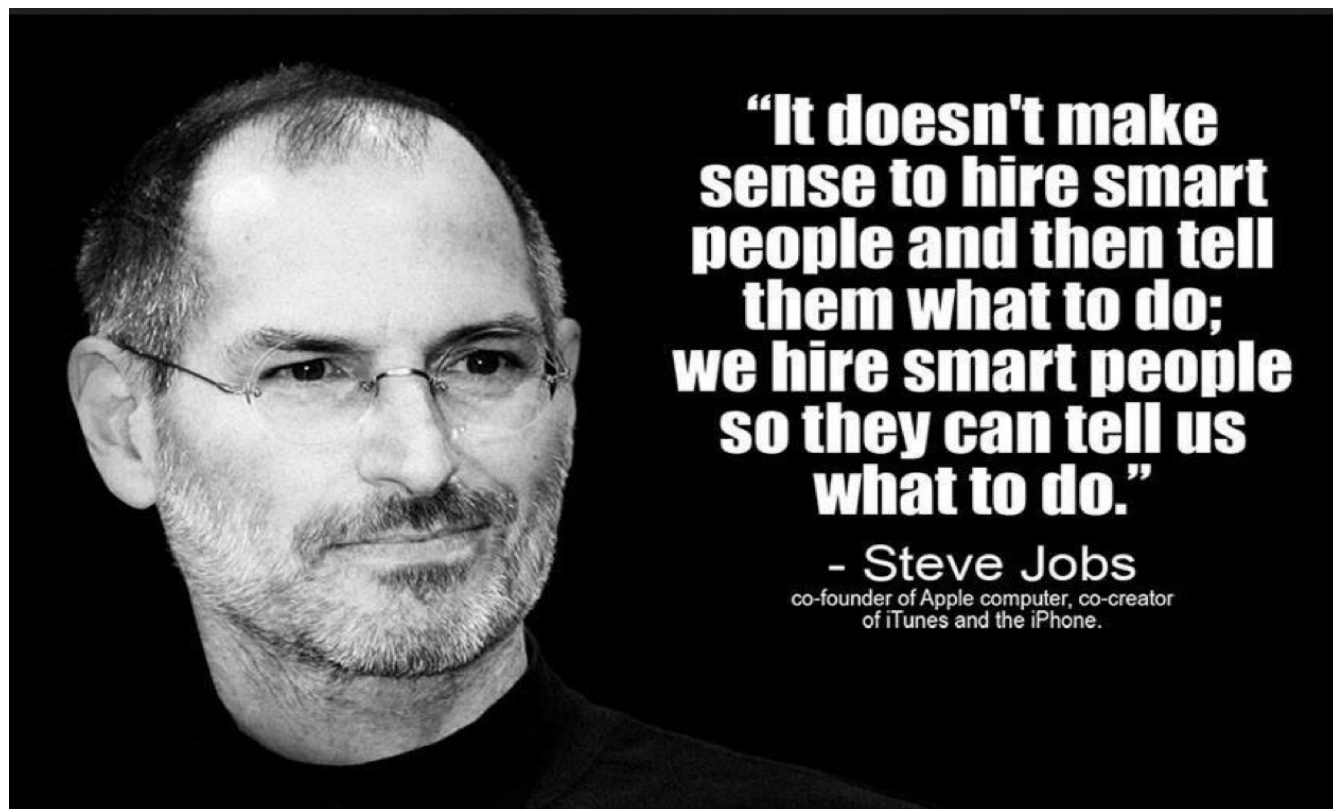
Pero un líder también debe confiar en los miembros de su equipo, fomentar la participación de todos en el proyecto, delegar de forma activa y escuchar detenidamente las aportaciones que cada uno de ellos haga al mismo porque sólo así conseguirá integrarlos y tener una perspectiva mucho más 360° de los retos a los que se enfrenta.

Dentro de las Aseguradoras de Salud, hemos analizado los Comités de Dirección y, salvo contadas excepciones, nos encontramos con Comités de Dirección constituidos por directivos con perfiles muy tradicionales que:

- Han “crecido” dentro de la compañía, o al menos en el sector asegurador
- Llevan 20-30 años de media dentro de la compañía
- Son líderes funcionales o técnicos
- Son 95% hombres
- En el caso de haber alguna mujer tienen una responsabilidad “soft”
- No incluyen ningún perfil digital

Este ya no es el caso al siguiente nivel, donde las Aseguradoras de Salud ya están incorporando algún perfil/es nuevo, proveniente de otro sector, con capacidades digitales y otorgan a esta persona de responsabilidad directa de la “Transformación Digital”, la “Innovación” o la “Tecnología”.

Como ya desarrollamos anteriormente en Cultura, creemos que para que la transformación sea un éxito dentro de las Aseguradoras de Salud, el cambio debe **partir del seno de la compañía, ser liderado por sus directivos multidisciplinarmente y constituir un pilar estratégico clave.**



3.2. CAPACITACIÓN DIGITAL

Dentro del complejo proceso de transformación digital que deben atravesar las Aseguradoras de Salud, las empresas y los individuos deben ser capaces de ver los cambios como **una oportunidad para desarrollarse, reciclarse, crecer, aprender, evolucionar y avanzar**.

Pero de nada sirve que el trabajador esté dispuesto a mantener una actitud de aprendizaje continuo si las empresas no están **comprometidas con la importancia de capacitar digitalmente a toda la organización y favorecer su desarrollo**.

Ese “lifelong learning” permitirá que la empresa transite por procesos de continua adaptación de los trabajadores a las distintas necesidades que vayan surgiendo en un mercado con oportunidades cambiantes en el que se requiere anticipación y flexibilidad para poder aprovecharlas.



CHARLES DARWIN, “La evolución de las especies”

“No es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente. Sobrevive aquella que es más adaptable al cambio”

Las Aseguradoras de Salud deberán impulsar el capital humano digital internamente y atraer y retener el mejor talento digital.

Encontrar estos perfiles digitales en el mercado, algunos de reciente creación de la mano de Big Data, y atraerlos hacia organizaciones tradicionales, como las Aseguradoras de Salud, resulta especialmente difícil por su escasez y supone inflacionar el coste salarial. Este es un problema al que se enfrenta cualquier organización no perteneciente al entorno TIC, sobre todo en España, no solo las Aseguradoras de Salud, y que requerirá, a corto plazo, de la importación de talento de otros sectores y países y, a largo plazo, de cambios en el sistema educativo y de formación continua para alinearse con el mercado laboral donde lo digital ya sea lo normal.

Una vez que se haya conseguido atraer perfiles digitales adaptados hay que ser conscientes de que **son perfiles no tradicionales y requieren espacios físicos, de governance y de relación acordes con sus características**. Detalles como una manera de vestir más informal a lo habitual en las Aseguradoras de Salud suponen también un reto para éstas a la hora de encajarlos en equipos ya establecidos. Gestionar estos detalles, a priori menores, puede ser la clave para retener más tiempo a estos equipos.

Hay un rol que resultará crítico desempeñar dentro de la Aseguradoras de Salud que se encuentren con una combinación de perfiles *antiguos* y nuevos perfiles digitales. Es el rol de los **Traductores Digitales**. Se trata de cubrir la necesidad que ya existe de hacer entenderse a personas muy especializadas en estas nuevas funciones digitales o de innovación, con los equipos de negocio tradicionales que son los que conocen la empresa y los clientes en profundidad. Deberán traducir objetivos, requerimientos y dificultades entre ambos tipos de culturas y funciones.

Para encontrar este perfil, las Aseguradoras de Salud deben localizar en su organización a personas con un profundo conocimiento del negocio y, a su vez, inquietudes por la innovación y las tecnologías, que faciliten este entendimiento.

3.3. EMPODERAMIENTO

Tres son los factores que habilita la transformación digital para fomentar el empoderamiento del empleado:

- Al multiplicarse las vías de comunicación y generación de opinión, dentro y fuera de las empresas, los empleados tienen más capacidad de influencia que nunca.
- La especialización en las nuevas capacidades digitales y tecnológicas supone asumir, por parte de los equipos directivos tradicionales, que los que tomarán las decisiones operativas no podrán ser ellos sino los especialistas.
- La escasez de perfiles para desempeñar determinadas funciones empodera definitivamente a las personas que cumplan dicho perfil.





Hay una tremenda oportunidad para las Aseguradoras de Salud en proceso de Transformación Digital para capacitar y empoderar a sus empleados. Y cuando los empleados están empoderados, la satisfacción final del cliente mejora.

Una de las mejores maneras de empoderar a los empleados, es asegurarse que tengan el conocimiento y la información que necesitan para ejecutar con éxito su trabajo dentro del nuevo entorno digital, con el Cliente como foco principal.

Uno de los mayores retos a los que se enfrentan las Aseguradoras de Salud a medida que avanzan en su proceso de transformación digital es la continua adopción del usuario y una mentalidad cultural que debe cambiar para dar cabida a la innovación. La innovación se ve a menudo limitada cuando los equipos no están facultados para operar fuera de su trabajo cotidiano, de su zona de confort. Para hacer frente a estos retos, algunas de las Aseguradoras de Salud están creando centros de innovación o formando equipos multidisciplinarios de innovación. Este es el caso de Aegón, de Santalucía y de Sanitas.

La transformación digital, por lo tanto, ha sido una evolución bienvenida para los empleados, que se están beneficiando de las muchas nuevas capacidades que ofrecen las herramientas digitales.

Y ¿cómo empoderamos a la organización, a la vez que empoderamos a empleados y equipos? Con el fin de empoderar a la organización y a sus miembros, hay proyectos y objetivos específicos que se deben implementar; tales como la **capacitación a los empleados en habilidades digitales**; la implementación de **redes sociales corporativas** para mejorar la comunicación, colaboración y el conocimiento de los empleados; y, sobre todo, **es clave crear una organización que les permita cometer errores.**

Las **Aseguradoras de Salud** se están sumergiendo en un proceso de transformación digital lleno de cambios e incertidumbres y no tienen otra opción que preparar sus organizaciones para que tanto los empleados como las capas directivas pierdan sus miedos al cambio; para que puedan aprender a desaprender y capacitarse no sólo en competencias digitales, sino en una actitud más emprendedora, abierta al aprendizaje continuo, a la investigación, a la innovación, al análisis y a la colaboración.

Los DATOS son una de las principales palancas estratégicas para lograr la transformación digital de las aseguradoras de salud

3.2.2. DATOS

DEL BIG DATA AL SMART DATA

Big Data es la **capacidad que nos permiten las nuevas tecnologías de procesar y analizar grandes volúmenes de datos**, tanto estructurados, como no estructurados, y además hacerlo a gran velocidad, **para obtener mayor conocimiento y capacidad de predicción**.

Actualmente, **los datos se han convertido en una de las principales palancas estratégicas de cualquier aseguradora en su proceso de transformación digital**. Son una parte imprescindible en su estrategia de negocio, y más en el caso de una compañía de seguros de salud, ya que, además de otros beneficios, le permite **conocer de forma precisa a sus clientes actuales y potenciales**, con el fin de ofrecerles de forma efectiva y en el momento adecuado de sus vidas nuevos productos y servicios a la medida de sus necesidades.



JUANJO CASADO, *Director Corporativo Big Data & Analytics, Sanitas (BUPA Europe & Latam)*

“Más conocimiento de la persona = mayor personalización = mejor experiencia de cliente”

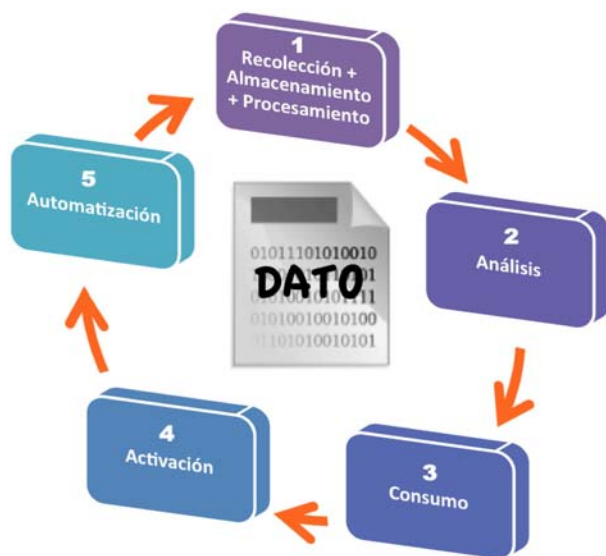
La mayoría de los expertos y directivos de aseguradoras de salud entrevistados para el presente estudio, coinciden en que uno de los principales retos que tienen actualmente en relación con la gestión de los Datos, para avanzar en sus respectivos procesos de transformación digital, es **desarrollar capacidades analíticas dentro de sus organizaciones** que les permitan crear nuevos productos y servicios personalizados, diferenciarse de sus competidores y obtener ventajas competitivas, consiguiendo **establecer una verdadera “relación” con sus clientes continuada y basada en la confianza mutua**; en otras palabras, construir una verdadera **“experiencia de cliente diferencial”**, lo que, en muchos casos, **implicará una adaptación de la cultura y modelo de gobierno de sus compañías**.

También coinciden en que, en este ámbito, las aseguradoras de salud no pueden limitarse solo a gestionar eficazmente la ingente cantidad de datos de que disponen y a captar otros nuevos, sino que tienen que **centrarse en aquellos datos que les proporcionan mayor valor comercial y ventajas competitivas** (Smart Data).

En este **proceso de tránsito del Big Data al Smart Data**, y con independencia del nivel de madurez del conocimiento de cliente que exista en la organización, **las aseguradoras de salud deben enriquecer y actualizar constantemente la información disponible en un ciclo continuo**²⁴, que proponemos esté basado en las 5 fases siguientes²⁵:

1. Recolección + Almacenamiento + Procesamiento
2. Análisis
3. Consumo
4. Activación
5. Automatización

DEL BIG DATA AL SMART DATA



²⁴ MINSAT by INDRA (junio 2017). "De la atención al cliente a la relación con el cliente. El nuevo Customer Service del sector asegurador" Madrid.

²⁵ Maldonado, S. (10 diciembre 2015). Marketing Data Technology: en el ojo del huracán. Blog Divisadero. Recuperado de <http://www.divisadero.es/marketing-data-technology-en-el-ojo-del-huracan/>

A continuación, se describe brevemente cada una de las 5 fases citadas:

1. RECOLECCIÓN + ALMACENAMIENTO + PROCESAMIENTO:

En esta fase las compañías de seguros de salud deben utilizar tecnologías y medios que les permitan recabar, almacenar y procesar los datos de todos los puntos de contacto con sus clientes actuales y potenciales: Tag Management System (TMS), Data Management Platforms (DMP), Voice of Customer (VOC), CRM, etc.

Durante esta fase los datos se transformarán en información y, con las técnicas adecuadas, aportarán conocimiento, datos inteligentes (Smart Data)²⁶:

Tradicionalmente los datos de las aseguradoras (interacciones / transacciones) quedaban almacenados en sistemas distintos y autónomos entre sí desde los que se gestionaba el trámite del que se tratara, sin llegar esta información a consolidarse. Debido a este **almacenamiento en silos** “se estima que a día de hoy las organizaciones tienen el 80% de información ociosa, en forma por ejemplo de conversaciones y correos electrónicos, que no se está explotando”.

Por tanto, **el primer objetivo de las aseguradoras de salud en esta etapa será consolidar toda esa información en una sola base de conocimiento**, que pueda ir enriqueciendo y actualizando constantemente de forma continuada, constituyendo la **base de su Customer Service**, desde donde poder personalizar su experiencia con su cliente actual y potencial.

Las aseguradoras de salud deben alimentar dicha base de datos única, no solo con la **información que dispongan meramente transaccional**, sino también con la procedente de los **Social Media** (redes sociales, foros, blogs, etc. con información muy valiosa sobre sus preferencias, opiniones, comportamientos y hábitos de vida, etc.), **Internet of Things** (biosensores, wearables, insideables, etc.), de los propios **asegurados** (datos captados por la propia aseguradora o adquiridos a terceros) **y de su red comercial** (mediadores).

26 Mora, L. (31 de mayo de 2016). Qué es Big Data: fases y elementos. Blog Veinteractive. Recuperado de <https://www.veinteractive.com/es/blog/que-es-big-data-fases-elementos/>

2. ANÁLISIS:

Esta fase es el núcleo de la solución de Big Data y se concreta en 2 acciones²⁷:

Generar los cálculos y algoritmos que se precisen para implementar la solución.

Intervención de especialistas para detectar patrones, tendencias, oportunidades y/o amenazas.

En esta fase, los datos deben transformarse en **información útil y conocimiento descriptivo y predictivo**. Deben analizarse para obtener, en tiempo real, la inteligencia necesaria para una correcta y ágil gestión del cliente. Para ello, las compañías de seguros de salud deben utilizar sistemas de analítica web, analítica móvil, analítica de social media, Business Intelligence, Big Data, etc.



JOSEP SANTACREU, CEO de DKV en “*Perspectivas del seguro español en 2017*”

(2017) www.communityofinsurance.es

Una tendencia clave en 2017 será “la aplicación de algoritmos basados en el análisis masivo de los datos”

3. CONSUMO:

En función de los resultados del análisis de los datos, las aseguradoras de salud deben realizar perfiles de usuarios en función de su comportamiento y decidir acciones de marketing dirigidas a segmentos diferenciados de clientes, mejorando la productividad de los equipos y de la empresa.

La forma de consumir los datos en esta fase dependerá del destinatario, pero se suele representar mediante cuadros de mando y tableros de control, flujos de trabajo, etc., incorporando, asimismo, la gobernanza del dato (asignación/interdependencia de métricas)²⁸.

²⁷ Mora, L. (31 de mayo de 2016). Qué es Big Data: fases y elementos. Blog Veinteractive. Recuperado de <https://www.veinteractive.com/es/blog/que-es-big-data-fases-elementos/>

²⁸ Maldonado, S. (10 de diciembre 2015). Marketing Data Technology: en el ojo del huracán. Blog Divisadero. Recuperado de <http://www.divisadero.es/marketing-data-technology-en-el-ojo-del-huracan/>

4. ACTIVACIÓN (Activation):

Esta fase agrupa todas las acciones tácticas para poner a trabajar los datos como facilitadores de las experiencias de marketing, obteniendo más valor de los mismos, reduciendo costes, optimizando procesos y mejorando la satisfacción de los usuarios (A/B testing, email marketing, content marketing, marketing automation, PPC - pago por click, display, etc.).

5. AUTOMATIZACIÓN (Automate):

En esta fase se utilizan datos en tiempo real y otras fuentes de datos disponibles para sistematizar y automatizar acciones, aplicando técnicas de inteligencia artificial (algoritmos avanzados, machine learning, RPA - Robotics Process Automation, etc.), con el fin de ofrecer una experiencia personalizada y diferenciada a los clientes actuales y potenciales (Personalización, Retargeting, Real Time Bidding - RTB / Demand Site Platform - DSP, etc.).

La consultora tecnológica Gartner prevé que **“el 40% de las tareas relacionadas con datos estarán automatizadas para el año 2020”**²⁹.

Las aseguradoras de salud tendrán que enfrentarse al reto de simplificar sus procesos, automatizando algunas de sus tareas recurrentes y de menor valor a través de la construcción de modelos y la integración de datos. Esto provocará además que los datos sean más sencillos de aprovechar por todos los profesionales de este segmento de seguros (“democratización de los datos”).

29 Blog de T-SYSTEM (22 de febrero de 2017). Big Data – automatización. Recuperado de <https://www.t-systemsblog.es/big-data-automatizacion/>

PRINCIPALES APLICACIONES DEL BIG DATA – SMART DATA EN LAS ASEGURADORAS DE SALUD³⁰

A continuación, se describen algunas de las **principales aplicaciones prácticas que la gestión inteligente de los datos tiene para una compañía de seguros de salud:**

- **Visión 360° del cliente actual y potencial:**

Como se ha indicado anteriormente, el análisis de la información de todos los canales que la aseguradora de salud tiene de sus clientes actuales y potenciales le proporciona una visión global y precisa de cada uno de ellos, lo que le permite ofrecerles de forma efectiva, y en el momento adecuado, nuevos productos y servicios personalizados, a la medida de sus necesidades y en cada uno de los momentos de sus vidas, diferenciarse de sus competidores y obtener ventajas competitivas, que las hagan más ágiles, eficientes y rentables.

Como consecuencia de lo anterior, la aseguradora de salud estará preparada como nunca antes para establecer una verdadera relación de confianza, de “socio”, con sus asegurados, que se prolongue a lo largo de sus vidas y que constituya una auténtica “experiencia de cliente diferencial”.

- **Optimización de procesos, mejora en la eficiencia de las operaciones y reducción de costes:**

Las aseguradoras de salud realizan complejos procesos internos que conllevan altos costes de procesamiento. La gestión inteligente de sus datos y la automatización de tareas les permitirá optimizar sus procesos, mejorar la eficiencia de sus operaciones (desde la contratación y administración de las pólizas, hasta la gestión de los siniestros), disminuir sus costes e incluso explorar nuevos modelos de negocio.

- **Productos de pago por uso:**

La tecnología móvil, el Big Data, Internet of Things y el análisis y correlación de los datos está impulsando que las aseguradoras de salud puedan ofrecer micro-seguros y seguros de pago por uso.

- **Cross-Selling y Up-Selling:**

El abandono y la dificultad creciente para captar nuevos clientes han provocado que las aseguradoras en general, y las de salud en particular, deban incrementar sus ingresos sobre la base de sus actuales carteras de clientes. Para ello, están utilizando estrategias de Cross-Selling y de Up-Selling, cuyo éxito está impulsado y depende en gran medida del Big Data y de la gestión inteligente de los datos que permiten personalizar las ofertas de este tipo y favorecer el establecimiento de relaciones sólidas y duraderas con los clientes.

- **Detección del fraude:**

Con la utilización de soluciones de Big Data – Smart Data las aseguradoras de salud pueden analizar e incluso detectar de forma anticipada (análisis predictivo) posibles casos de fraude por tipología o perfil de cliente, etc., reduciendo con ello de forma significativa el coste de los siniestros.

³⁰ Arcos Rivera, T. (2 de noviembre de 2016). Las 10 aplicaciones más útiles de Big Data para seguros. Blog de Future Space. Recuperado de <https://bites.futurespace.es/2016/11/02/las10aplicacionesmasutilesdebigdataparaseguros/>

- **Pricing y gestión del riesgo dinámica:**

Entendiendo este concepto como la capacidad de ir ajustando la tarificación de los riesgos y del mercado, el uso de algoritmos avanzados y machine learning permite a las aseguradoras de salud calcular el riesgo con más precisión y, en consecuencia, poder ajustar en cada momento el precio de sus pólizas (por ejemplo, en función de los hábitos de vida saludable o no de los clientes; o de su frecuencia cardiaca, nivel de colesterol o de azúcar en sangre, etc.). Todo ello analizando también las pérdidas y la propensión de fraude en las reclamaciones existentes.

Everis, en su estudio “Panorama Insurtech 2016”³¹ estima que esta personalización del pricing y la suscripción dinámica de riesgos producen una reducción de los costes de adquisición del cliente a las aseguradoras

- **Mejorar el servicio al cliente analizando sus sentimientos:**

Mediante interacciones robotizadas con sus clientes, hoy día las aseguradoras de salud pueden mejorar su Customer Service, utilizando técnicas de procesamiento de lenguaje (evolución natural de los chatbots), de análisis textual y de voz (llamadas recibidas a sus Call o Contact Center), que les permiten identificar en cada momento su estado de ánimo y sus emociones y poder adaptar su comunicación con cada uno de ellos, dejando a los agentes aquellas interacciones de mayor valor que requieren contacto humano.



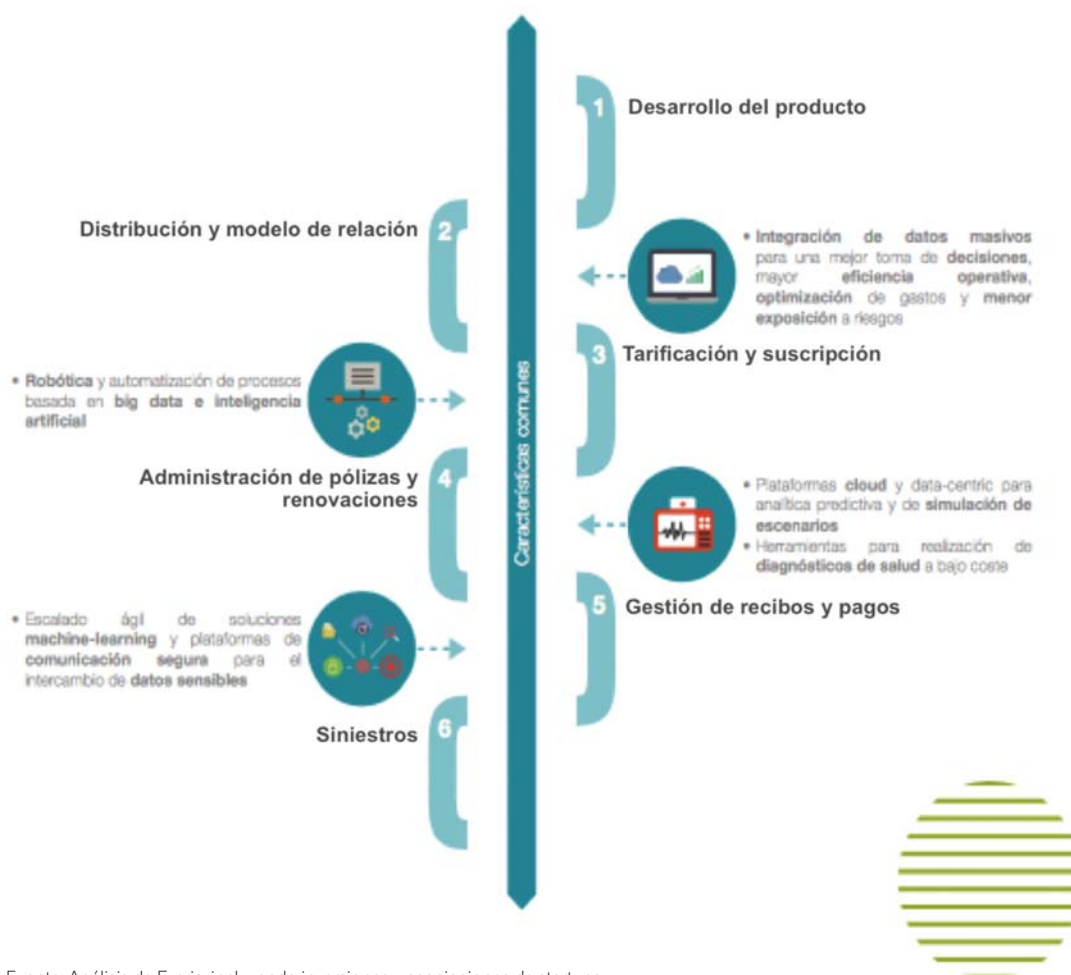
AITOR DEL COSO, *Director de Transformación Digital de Mutua Madrileña:*

“Gracias al uso del Big Data hemos personalizado la oferta y dirigido cada producto al público que realmente lo necesita, reduciendo un 20% los costes de captación por póliza”

Fuente: Rivas Moreno, S., 4 de julio de 2017.
Sector Seguros: renovarse o dejarse morir. Cinco Días.

31 EVERIS (julio 2016). Resumen Ejecutivo “Panorama Insurtech 2016” Madrid.

En el siguiente gráfico incluido en el Resumen Ejecutivo “Panorama Insurtech 2016” elaborado por la consultora Everis, publicado en julio de 2016, se ve como **la gestión inteligente de los datos**, con el apoyo de plataformas cloud, inteligencia artificial y técnicas de Big Data – Smart Data, **tiene un impacto transversal en la cadena de valor de las aseguradoras:**



Fuente: Análisis de Everis, incluyendo inversiones y asociaciones de startups.

DE LA ANALÍTICA PREDICTIVA A LA MEDICINA EXPONENCIAL

La **inteligencia artificial**, mediante la utilización de algoritmos avanzados y machine learning, incluso deep learning, permitirá a las aseguradoras de salud desarrollar una **analítica predictiva**, lo que supondrá una auténtica revolución en la personalización de sus productos y servicios, impactando en la salud de sus asegurados para mejorarla y alargar su vida, así como en la evaluación y reducción del riesgo pasando de su gestión estática a una dinámica.

En el siguiente gráfico de MINSAIT – Indra³² se muestra la **evolución prevista en el análisis de datos del cliente en una aseguradora** (desde la analítica descriptiva, evolucionando a la predictiva, hasta la futura analítica cognitiva), en función de la tecnología utilizada, su ámbito de aplicación y sus resultados, directamente relacionado con su grado de madurez tecnológica y de su capacidad de personalización de su Customer Service:



JAIME GARCÍA CANTERO, *Analista Independiente y Mentor del Founder Institute*

El uso de algoritmos provoca un cambio de paradigma: "Pasar de un modelo de causalidad a un modelo de correlación"

32 MINSAIT by INDRA (junio 2017). "De la atención al cliente a la relación con el cliente. El nuevo Customer Service del sector asegurador" Madrid.

En este ámbito, quizás el reto más paradigmático porque se refiere a cómo pensamos las personas, es el que supone **pasar de un modelo de causalidad** (“las personas buscamos causas y efectos”) **a un modelo de correlación** (“que es con el que trabajan los algoritmos”).

Como apunta el analista Jaime García Cantero: “Esto tiene derivadas importantísimas en la manera de tomar decisiones, aprender o razonar, y precisa de un cambio cultural importante, **dejar de centrarse en buscar respuestas para pasar a plantear las preguntas adecuadas**”³³

Efectivamente, como se ha puesto de manifiesto en el anterior gráfico de MINSAIT – Indra, en función de la madurez tecnológica y personalización de su Customer Journey, **una aseguradora de salud en su proceso de transformación digital debe evolucionar su gestión de datos en las siguientes y sucesivas etapas de análisis:**

- 1. Analítica descriptiva:** Da respuesta a la pregunta de **¿qué ha ocurrido?**, mediante el análisis de los datos históricos de operaciones pasadas (análisis a medida y hojas de cálculo).
- 2. Analítica de diagnóstico:** Responde a **¿por qué ha ocurrido?**, identificando para ello patrones de comportamiento y relaciones de causa – efecto (business intelligence y de data mining).
- 3. Analítica predictiva:** Trata de contestar a la cuestión de **¿qué va a ocurrir?**, dando **respuesta a preguntas previamente formuladas**. En este ámbito se realizan propuestas de actuación basadas en modelos de comportamiento (Big Data, Deep Learning y Machine Learning).
- 4. Analítica cognitiva:** Responde también a la pregunta de **¿qué va a ocurrir?**, pero **contestando a preguntas no formuladas**, lo que implicará una comprensión más profunda para que las aseguradoras de salud puedan tomar decisiones en el actual y futuro entorno cada vez más volátil y complejo (Inteligencia Artificial).

Respecto de las aseguradoras de salud, sobre todo en lo que tiene relación con los seguros de prestación de servicios, sean estos de asistencia sanitaria o de reembolso de gastos médicos, lo expuesto tiene gran trascendencia ya que este procesamiento de grandes volúmenes de datos que nos permite el Big Data marcará la diferencia en la **detección, prevención y tratamiento de las enfermedades** en los próximos años, haciendo que los **servicios médicos sean cada vez más eficientes, efectivos y personalizados**.

Antonio Arraiza Armendáriz, Director de Asistencia Sanitaria del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), durante su intervención en el Foro Sanitas 2016 sobre Big Data y Medicina de Precisión, el 17 de noviembre de 2016, con la presentación “La historia clínica electrónica como generadora de Big Data en salud”, puso de manifiesto que: **“El desarrollo del Big Data supondrá una mejora sustancial de nuestra capacidad para realizar diagnósticos y pronósticos fiables en numerosas áreas de la vida social. En salud, contribuye a una medicina más personalizada, predictiva, preventiva y participativa”**.

El Big Data permite tener un mejor conocimiento de los pacientes y sus enfermedades, lo que hará que los servicios médicos sean cada vez más eficientes, efectivos y personalizados (“medicina de precisión”).

³³ Jiménez, M. (30 de junio de 2017). Es la hora de las empresas con algoritmos inteligentes. Cinco Días. Recuperado de https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/06/29/companias/1498744577_918325.html

Como indicó este experto durante su intervención en el foro citado, el desarrollo del Big Data nos ayudará a:

- **Entender la realidad:**

- Análisis de patrones de enfermedades.
- Correlación de hábitos de vida con enfermedades.
- Análisis de acciones del protocolo.
- Diseño de ensayos clínicos y selección de pacientes objetivo.
- Análisis de resultados de ensayos.
- Medida efectiva vida real fármacos.

- **Predicción de comportamientos:**

- Monitorización remota de pacientes: adherencia de pacientes crónicos al tratamiento.
- Modelos para mejorar la definición de nuevos fármacos.
- Decisiones de inversión, cobertura y cartera de servicios basados en datos estimados de demanda futura.

- **Provocar una realidad:**

- Medicina proactiva basada en perfiles de pacientes (comportamientos, ADN, etc.).
- Personalización de tratamientos.

En palabras de Jaime del Barrio, Presidente de la Asociación Salud Digital, la gestión de datos “nos permitirá poder determinar las causas de las enfermedades y establecer soluciones mejores. **Con la irrupción del Proyecto Genoma Humano**, hace poco más de una década, asistimos a un cambio paradigmático en la predicción, prevención y personalización del tratamiento de las enfermedades, habiendo llegado actualmente a la denominada **medicina de precisión**”³⁴.

A este respecto, el doctor Joaquín Dopazo, Director del Departamento de Genómica Computacional del Centro de Investigación Príncipe Felipe, durante su intervención en el Foro Sanitas 2016³⁵ señaló que “el **Big Data** genómico contiene información de absolutamente todo lo que somos. Actualmente nos encontramos en un espacio entre la medicina intuitiva y la **medicina de precisión**, donde se abre paso la **identificación de patrones mediante el uso de algoritmos**”.

³⁴ Del Barrio, J. (12 de julio de 2016). El nuevo Reglamento General de Protección de Datos ya está en vigor. Blog de la Asociación Salud Digital. Recuperado de <http://salud-digital.es/2016/07/12/el-nuevo-reglamento-general-de-proteccion-de-datos-ya-esta-en-vigor/>

³⁵ Blog de SANITAS (17 de noviembre de 2016). Predecir enfermedades y personalizar tratamientos, los principales beneficios del Big Data en la salud. Recuperado de <http://corporativo.sanitas.es/predecir-enfermedades-y-personalizar-tratamientos-los-principales-beneficios-del-big-data-en-la-salud/>



JAIME DEL BARRIO, *Presidente Asociación Salud Digital*

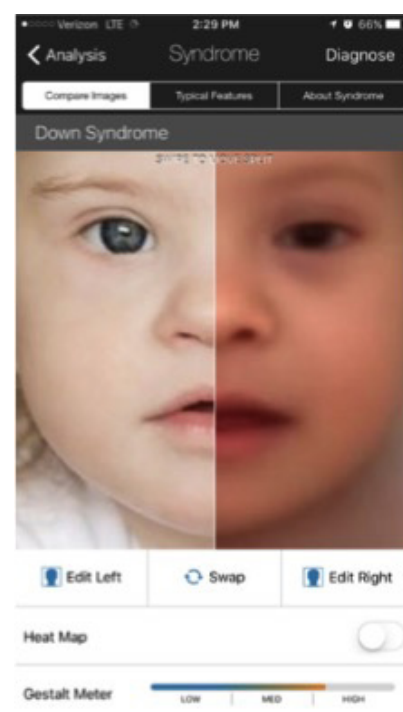
“La promesa de la Medicina de Precisión es dar el tratamiento correcto, en el momento correcto, siempre, a la persona correcta”

En este mismo sentido, Jaime del Barrio, durante su intervención en el citado Foro Sanitas 2016 manifestó que “la medicina de precisión busca personalizar, poner en valor datos genéticos, estilos de vida y datos medioambientales para modificar estados de salud” y continuó diciendo que venimos de una medicina basada en la experiencia y que **la actual medicina de precisión se basa en las evidencias, lo que supone un cambio radical de modelo que puede mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario español.**

En palabras de José Francisco Tomás, Director Ejecutivo Médico de Sanitas, en dicho Foro: **“hoy día nos encontramos en los albores de la Medicina de Precisión, lo cual nos permitirá tratar al paciente seleccionando tratamientos que demuestran tener más probabilidad de éxito en concordancia con la genética de la enfermedad. Desde Sanitas apostamos por el rigor, la exactitud y la eficiencia como los tres pilares indispensables para mejorar la salud de nuestros pacientes”.**

Jorge Cortell, fundador de la empresa española Kanteron Systems, principal socio de salud de Microsoft a nivel mundial, dice que “nuestro siguiente paso es la aplicación de la Inteligencia Artificial y los algoritmos de aprendizaje de machine learning a la ingente cantidad de datos e información que recolecta, integra y gestiona nuestra tecnología. Es **pasar del ámbito de la Medicina de Precisión y la Personalizada a la Exponencial**”³⁶.

Kanteron Systems ha desarrollado una **plataforma de software que integra imágenes médicas con datos genómicos, de farmacogenómica y biosensores**, para hacer un diagnóstico más rápido y preciso, y un tratamiento mejor planificado y eficaz que reduce los efectos adversos de la medicación.



La Inteligencia Artificial y los algoritmos de machine learning aplicados a los datos de pacientes y de enfermedades permitirán pasar de la Medicina de Precisión a la denominada Exponencial

³⁶ Plasencia, A. (18 de octubre de 2016). De la medicina de precisión a la exponencial, el fenómeno Kanteron. El Mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.es/economia/2016/10/11/57fca34946163f49248b4621.html>

Otro ejemplo de avance tecnológico que puede considerarse un exponente de esta denominada “medicina exponencial” es la **aplicación Face2Gene**, desarrollada por la empresa FDNA, que, como explica su CEO, Dekel Gelbman, a través de una fotografía del paciente permite detectar, mediante un algoritmo matemático, las coincidencias morfológicas existentes en determinados síndromes. El médico añade esa imagen al resto de documentación lo que, junto con el análisis genético, le permite diagnosticar la enfermedad. Además, todos los datos recogidos, se incorporan a una gran base de datos para ayudar al a identificación de las enfermedades, enriqueciendo así el algoritmo. Se estima que con el uso de esta aplicación el diagnóstico acertado de las enfermedades raras ha alcanzado el 50%, frente al 25% que se venía obteniendo hasta ahora.



LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS³⁷

Uno de los principales retos para las aseguradoras de salud cuando hablamos de procesar, analizar y explotar grandes volúmenes de datos personales (Big Data), es el de su **protección y privacidad**, y hacerlo compatible con el de lograr que los asegurados lleguen a considerar y a apreciar que los datos que proporcionan a su compañía les pueden aportar beneficios tangibles.

El pasado 4 de mayo de 2016, el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) publicó el **Reglamento (UE) 2016/679** del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 **relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos**, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos, RGPD, o GDPR en sus siglas en inglés), que **será de obligado cumplimiento a partir del 25 de mayo de 2018**.

Como opina Jaime del Barrio, en su blog www.salud-digital.es: “El sector sanitario es uno de los ámbitos más expuestos y afectados por la nueva normativa de protección de datos europea. **Los datos especiales**, hasta ahora conocidos como datos sensibles -**salud**, origen racial, religión-, cuentan a partir de este nuevo Reglamento con obligaciones reforzadas. Además, **el Reglamento General de Protección de Datos amplía al listado de datos especiales, como son los genéticos y los biométricos**”.

En este ámbito, hay que destacar que **por primera vez el nuevo RGPD establece una definición del concepto de datos sanitarios**: “Entre los datos personales relativos a la salud se deben incluir todos los datos relativos al estado de salud del interesado que dan información sobre su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro. Se incluye la información sobre la persona física recogida con ocasión de su inscripción a efectos de asistencia sanitaria, o con ocasión de la prestación de tal asistencia, de conformidad con la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo; todo número, símbolo o dato asignado a una persona física que la identifique de manera unívoca a efectos sanitarios; la información obtenida de pruebas o exámenes de una parte del cuerpo o de una sustancia corporal, incluida la procedente de datos genéticos y muestras biológicas, y cualquier información relativa, a título de ejemplo, a una enfermedad, una discapacidad, el riesgo de padecer enfermedades, el historial médico, el tratamiento clínico o el estado fisiológico o biomédico del interesado, independientemente de su fuente, por ejemplo un médico u otro profesional sanitario, un hospital, un dispositivo médico, o una prueba diagnóstica in vitro”.

El nuevo RGPD (Reglamento de Protección de Datos) afecta de lleno al ámbito sanitario, incluyendo a las aseguradoras de salud a las que menciona expresamente, ya que considera datos “especiales”, los más sensibles, a los relacionados con la salud, incluidos los genéticos y los biométricos

³⁷ Del Barrio, J. (12 de julio de 2016). El nuevo Reglamento General de Protección de Datos ya está en vigor. Blog de la Asociación Salud Digital. Recuperado de <http://salud-digital.es/2016/07/12/el-nuevo-reglamento-general-de-proteccion-de-datos-ya-esta-en-vigor/>

La nueva normativa **aplica específicamente a las aseguradoras de salud**, a las que **obliga a nombrar un Delegado de Protección de Datos** (DPO – Data Protection Officer). En efecto, este nuevo régimen legal especifica que “Las entidades cuya actividad principal consista en el tratamiento a gran escala de categorías especiales de datos personales, como pueden ser –hospitales, clínicas, **aseguradoras médicas, mutuas** y, eventualmente, laboratorios y empresas farmacéuticas– estarán obligadas a nombrar una nueva figura, el **delegado de protección de datos**”. A estos efectos, el Delegado de Protección de Datos (DPO) debe ser designado en atención a sus cualidades profesionales y conocimientos normativos y prácticos debidamente acreditados.

Este nuevo régimen legal también se refiere a las **medidas de seguridad** que tienen también que adoptar las aseguradoras de salud, y otras empresas relacionadas con el sector sanitario (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacéuticas, etc.): deben aplicar **medidas de pseudoanonimización, cifrado, garantía de confidencialidad, integridad, disponibilidad y acceso a los datos en caso de incidente**.

Otras novedades de este nuevo RGPD (Reglamento General de Protección de Datos), que deben ser tenidas muy en cuenta por las aseguradoras de salud, son: el “**derecho a ser olvidado**”, la **obligatoriedad de informar de la existencia de fuga de datos**, el **uso demostrable de procesos y tecnología para proteger los datos** y, finalmente, un **sistema con sanciones más elevadas**, pudiendo alcanzar **hasta los 20 millones de euros o el 4% del volumen de negocio anual global del ejercicio financiero anterior, optándose por la de mayor cuantía**.

Asimismo, el nuevo RGPD establece el **derecho a la portabilidad de datos**, que en la práctica significa que, ante la petición de un asegurado para que se “transfieran” sus datos personales a otra compañía, su actual aseguradora de salud tiene la obligación de hacerlo efectivo.

Además, de lo anterior, el **nuevo RGPD da una mayor importancia al consentimiento** que define como: “*toda manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que el interesado acepta, ya sea mediante una declaración o una clara acción afirmativa, el tratamiento de datos personales que le conciernen*”.

En el ámbito que nos ocupa, esta circunstancia significa que **cualquier tratamiento de los datos relacionados con la salud sólo podrá producirse con el consentimiento expreso del cliente asegurado** y también cuando sea necesario:

- **Por razones médicas** (para fines de medicina preventiva o laboral, prestación de asistencia, diagnóstico médico, gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, etc.).
- **Por razones de salud pública** (prevención o control de enfermedades transmisibles y otras amenazas graves para la salud, etc.).
- **Por investigación científica o estadística** (siempre que la aseguradora de salud que realice dicha investigación tome medidas efectivas para garantizar el principio de minimización de los datos personales, como la pseudoanonimización).

A partir de la entrada en vigor del nuevo RGPD, el 25 de mayo de 2018, cualquier tratamiento de los datos relacionados con la salud sólo podrá producirse con el consentimiento expreso del cliente asegurado

Por otra parte, este nuevo reglamento europeo considera que **el tratamiento de las categorías especiales de datos personales como los sanitarios debe ser realizado por un “profesional sujeto a la obligación de secreto profesional, o bajo su responsabilidad”**.

Adicionalmente, el RGPD establece de forma clara y explícita el **derecho de los pacientes al acceso a sus propios datos sanitarios**: “Los interesados deben tener derecho a acceder a los datos personales recogidos que le conciernan y a ejercer dicho derecho con facilidad y a intervalos razonables, con el fin de conocer y verificar la licitud del tratamiento. Ello incluye el derecho de los interesados a **acceder a datos relativos a la salud**, por ejemplo los datos de sus historias clínicas que contengan información como diagnósticos, resultados de exámenes, evaluaciones de facultativos y cualesquiera tratamientos o intervenciones practicadas”.

Ante la entrada en vigor del nuevo RGPD a partir del 25 de mayo de 2018, un estudio de la consultora Ovum pone de manifiesto que **“el 70% de las empresas esperan un incremento en su gasto para poder cumplir con la protección y soberanía de los datos”**.

Es indudable que **el cumplimiento del nuevo RGPD también conllevará un coste adicional en las aseguradoras de salud de nuestro país**, incremento de coste que, sin duda, impactará en su margen de rentabilidad, pero no adaptarse a la normativa después de los dos años del periodo de transición establecido conllevará que las compañías incumplidoras tengan que hacer frente a importantes consecuencias, incluyendo auditorías periódicas de protección de datos y afrontar multas por incumplimiento del Reglamento de hasta un 4% de sus ingresos anuales.

El nuevo RGPD establece exigencias adicionales, algunas de ellas aplicables específicamente a las aseguradoras de salud:

- *Nombramiento de un Delegado de Protección de Datos (DPO).*
 - *Medidas de seguridad adicionales: pseudoanonimización, cifrado, garantía de confidencialidad, integridad, disponibilidad y acceso a los datos en caso de incidente.*
 - *Garantizar el “derecho al olvido” de los asegurados.*
 - *Garantizar el derecho a la portabilidad de los datos.*
 - *Obligatoriedad de informar de la existencia de fuga de datos.*
 - *Demostrar el uso de procesos y tecnología para proteger los datos.*
 - *Necesidad de contar con el consentimiento expreso de los asegurados.*
 - *Obligación de las aseguradoras de garantizar y hacer efectivo el derecho de acceso de sus clientes asegurados a sus datos sanitarios.*
-



JAIME DEL BARRIO, *Presidente Asociación Salud Digital:*

“Se estima que la aplicación del Big Data en el sector sanitario podrá suponer un ahorro de hasta 250.000 millones de euros en los sistemas sanitarios en Europa”

Por lo expuesto, **para cumplir con el RGPD, las aseguradoras de salud tendrán necesariamente que disponer de infraestructuras y procedimientos tecnológicos de vanguardia**, con arquitecturas flexibles que les permitan ir incorporando las tecnologías que vayan surgiendo (como el cifrado de datos para protegerse de la ciberdelincuencia).

Otra de las exigencias ya citadas que establece el nuevo RGPD, es el de la **obligación, que también se impone a las aseguradoras de salud, de notificar las violaciones de datos**. El RGPD exige que, **en menos de 72 horas**, las compañías que hayan sufrido una fuga de datos tengan que notificarlo a la autoridad supervisora de la UE. Ello **supone que las aseguradoras de salud deberán evaluar su capacidad de respuesta inmediata para cerciorarse que pueden ofrecer una descripción completa de lo que ha sucedido y cómo**.

Como se ha indicado anteriormente, este nuevo RGPD es de especial importancia para las aseguradoras de salud y nuestro sistema sanitario que gestionan datos de clientes – pacientes especialmente sensibles y que son vitales para optimizar y personalizar la prestación de sus servicios en beneficio de todas las partes. Como pone de relieve Jaime del Barrio en el blog de la Asociación Salud Digital: **“El futuro de nuestra Salud, pasa por el procesamiento de grandes volúmenes de datos no estructurados gracias a la tecnología del Big Data, que repercutirá principalmente en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, por cuanto contribuirá en la búsqueda de la eficiencia en las necesidades organizativas de la administración como prestadora de servicios que es, y en que los ciudadanos perciban mejoras en su salud individual y colectiva, siendo ellos protagonistas y corresponsables de las mismas”**.

En este nuevo escenario, **las aseguradoras de salud deben tener en cuenta estas nuevas exigencias regulatorias que permiten que los ciudadanos tengan un mejor control y una mayor seguridad en el tratamiento de sus datos personales**, especialmente, como se ha indicado, en los relacionados con su salud, **y su deseo creciente de mantener el mayor grado de privacidad posible sobre ellos, todo ello haciéndolo compatible con el trato diferencial y personalizado que demandan de forma creciente los clientes asegurados**.

Para lograr esa difícil combinación, **es imprescindible que las aseguradoras de salud sean responsables y transparentes en todo momento con sus clientes – asegurados**. En palabras de Juanjo Casado, Director Corporativo de Big Data & Analytics de SANITAS (BUPA Europe & Latam): *“Otro de los aspectos esenciales para una aseguradora de salud es ser transparente con nuestros clientes y que sepan en todo momento qué hacemos con sus datos; hay que empoderar al asegurado para que decida”*.

Pero lo anterior no es condición suficiente, además de un exhaustivo control de la privacidad de los clientes y de garantizar al máximo la seguridad de sus datos frente a posibles amenazas, las aseguradoras de salud deben ofrecer un **trato personal y respetuoso** a sus asegurados con uno de los aspectos más importantes de su vida: su salud.

Otro de los retos de las aseguradoras de salud: ser responsables y transparentes en todo momento con sus clientes, garantizando la protección y privacidad de sus datos personales, y haciéndolo compatible con el trato rápido, diferencial y personalizado que demandan actualmente

LA CIBERSEGURIDAD

Otro de los aspectos que tienen que tener muy presente las aseguradoras de salud es todo lo relativo a la **seguridad de sus datos** que, como ya hemos indicado, al ser de carácter personal y relativos a la salud, tienen un carácter “especial” y una mayor protección en el nuevo RGPD.

La posibilidad de **ataques a los sistemas de las aseguradoras de salud**, tanto a sus aplicativos de base que son los que permiten a las entidades funcionar día a día, como sobre todo las **posibles “fugas de datos” procedentes de los denominados delitos cibernéticos**, son una de las preocupaciones / amenazas que deben ser tenidas muy en cuenta por parte de las compañías de este segmento.

No obstante lo anterior, **en nuestro país la ciberseguridad no es una de las principales preocupaciones de las aseguradoras.**

Como se pone de manifiesto en el reciente **“Informe Insurance Banana Skins 2017”**, elaborado por PwC y el Centre for the Study of Financial Innovation, a partir de entrevistas con 836 directivos del sector en 52 países, **la ciberseguridad aparece en el puesto 9º de las “Top 20 amenazas de negocio para el sector asegurador en España 2017 versus 2015”** (ha avanzado dos posiciones respecto de 2015, que ocupaba el 11º lugar), como se muestra en el siguiente gráfico:

TOP 20 AMENAZAS DE NEGOCIO PARA EL SECTOR ASEGURADOR EN ESPAÑA 2017 VERSUS 2015	
1. Tipos de intereses (1)	11. Reducción de costes (-)
2. Transformación del sector (6)	12. Desarrollo de productos (14)
3. Regulación (2)	13. Cambios sociales (12)
4. Investment performance (3)	14. Disponibilidad de capital (13)
5. Tecnología (-)	15. Brexit (-)
6. Macroeconomía (7)	16. Atracción de Talento (16)
7. Competencia (-)	17. Prácticas de negocio (10)
8. Productos garantizado (5)	18. Calidad de la gestión del riesgo (18)
9. Ciberseguridad (11)	19. Gobierno corporativo (22)
10. Interferencias políticas (21)	20. Reputación (9)

Fuente: PwC

Utilizando el citado informe de PwC, si comparamos los principales riesgos o amenazas que ven los directivos de las aseguradoras españolas con los del resto del mundo, vemos que **a nivel global la ciberseguridad se ha convertido en la 2ª preocupación más importante para el sector en 2017**, después de la transformación del sector, como se pone de manifiesto en el siguiente gráfico:

TOP 10 AMENAZAS DE NEGOCIO PARA EL SECTOR ASEGURADOR

En el mundo

1. *Transformación del sector*
2. *Ciberseguridad*
3. *Tecnología*
4. *Tipos de interés*
5. *Rentabilidad de las inversiones*
6. *Regulación*
7. *Macroeconomía*
8. *Competencia*
9. *Atracción de Talento*
10. *Productos garantizados*

En España

1. *Tipos de interés*
2. *Transformación del sector*
3. *Regulación*
4. *Rentabilidad de las inversiones*
5. *Tecnología*
6. *Macroeconomía*
7. *Competencia*
8. *Productos garantizados*
9. *Ciberseguridad*
10. *Interferencias políticas*

Fuente: PwC

Por lo expuesto, en el actual contexto de ciberriesgos, **las aseguradoras de salud de nuestro país deben elevar la importancia de la ciberseguridad en las agendas estratégicas de sus compañías, adoptando lo más rápidamente posible las medidas de seguridad necesarias que les permitan minimizar los riesgos descritos ante incidentes reales o potenciales amenazas.**

Pero no solo los riesgos derivados de una posible “fuga de datos”, el no adoptar medidas reforzadas de seguridad en sus sistemas y tratamiento de datos puede conllevar **daños irreparables en la reputación de aquella aseguradora de salud** que no haya priorizado su protección frente a esta amenaza, por no hablar de las **cuantiosas multas** en las que podría incurrir.

Para ilustrar la magnitud de estas amenazas cibernéticas, y en este contexto, valga recordar el **ciberataque global del pasado 12 de mayo de 2017**, con el **ransomware WannaCry** que **afectó**, entre otros miles de empresas públicas y privadas de todo el mundo, **a numerosos hospitales del sistema público sanitario de Gran Bretaña** que tuvieron que cancelar cientos de operaciones y tuvieron que cerrar decenas de sus servicios de urgencias.

3.2.3. TECNOLOGÍA

El avance de la tecnología está influyendo irremediabilmente en los hábitos de las personas, también en el ámbito de la **salud y el bienestar**. Estamos en la era **de la biología y de la ciencia de los datos**, lo cual representa un verdadero reto para todos y grandes oportunidades para aquellas aseguradoras de salud que formulen sus estrategias de transformación digital alrededor de éstos.

En el período 2020-2050, la salud estará regida por una medicina: selectiva, exponencial, digital y molecular.

Las **personas** interactuarán cada día más con entornos altamente tecnológicos, expondrán sus hábitos de vida, a cambio de una mejor salud y mejores condiciones en los servicios.

Los **prestadores de servicios de salud** tendrán que formarse tecnológicamente, proporcionando tratamientos personalizados, integrando y simplificando la complejidad del historial del paciente.

Las **aseguradoras** deberán de manera ágil, aprovechar toda esta información para ajustar sus precios, riesgos y estrategia de competitividad.

RETO TECNOLÓGICO DEL SECTOR ASEGURADOR

A pesar de que muchas aseguradoras se encuentran realizando grandes esfuerzos para simplificar sus arquitecturas, lo cierto es que actualmente muchas de ellas luchan con el reto de implantar modelos “omnicanales” de complicada convivencia con un gran número de sistemas “legacy”. Sistemas “cores” de más de 20 años, monolíticos, con múltiples interfaces y poca o ninguna documentación, soportados por equipos humanos organizados por silos tecnológicos, con mucho conocimiento del negocio, pero con capacidades técnicas poco existentes en el mercado (programadores de lenguajes antiguos).

La mayor parte de las compañías han puesto en marcha iniciativas de multicanalidad, pero la evolución hacia un modelo “omnicanal”, donde todos los canales estén coordinados y los procesos internos orquestados para prestar servicios homogéneos a través de todos ellos, exige un esfuerzo de cambio de cultura corporativa en muchos casos y, en otros, de rediseño de los propios procesos. Actualmente en España, muchas iniciativas lanzadas por las aseguradoras se focalizan en el desarrollo de “apps” independientes, no estandarizadas ni integradas completamente con los procesos de negocio. Pocas aseguradoras se encuentran fortaleciendo su estrategia de servicios con innovaciones, aprovechando la agilidad de nuevos “players” digitales.

ECOSISTEMAS TECNOLÓGICOS ÁGILES Y HUMANOS

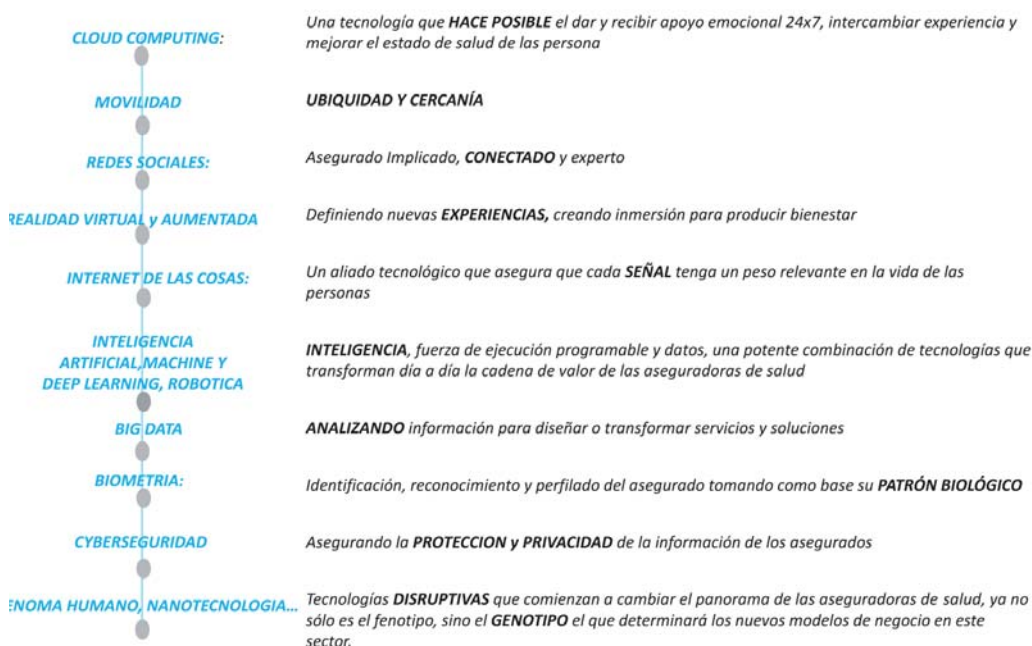
Como en todos los sectores económicos la disrupción llegando dando pequeños avisos y en un momento determinado, su despliegue es exponencial. La innovación introduce cambios de manera acelerada, es por ello que las aseguradoras de salud deben redefinir su estrategia de transformación digital tomando en cuenta un ambiente tecnológico “**human-centric**”, un ambiente donde la tecnología y los servicios estén alineados con lo que las personas sienten o ven. Plataformas que conjuguen de manera sencilla productos y servicios.

Actualmente, algunas de las aseguradoras de salud han comenzado a orquestar ecosistemas compuestos de servicios de “players” digitales (insurtech, startups, etc.), dando de esta manera un solo punto de acceso a diversos servicios y soluciones de salud. Es aquí donde la utilización de **APIs** (Application Programming Interface) juegan un papel fundamental permitiendo que los datos que provienen de los sistemas legacy se expongan a través de canales o aplicaciones externas con mayor facilidad, sin necesidad de complejas interfaces.

La economía evoluciona pasando de una estrategia de cadena lineal a una economía compuesta de ecosistemas de diversos sectores. Para aprovechar las sinergias que estos ecosistemas ofrecen, las aseguradoras deben adaptar sus plataformas tecnológicas permitiendo que todos los que intervienen en su cadena de valor interactúen e intercambien información fácilmente.

TECNOLOGÍAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Cambiando el enfoque al que estamos acostumbrados cuando se describen tecnologías, consideramos que será de mayor valor para el lector introducirlas partiendo **del valor que aportan a las PERSONAS**, eje central en la transformación de las aseguradoras de salud.



*Una tecnología que **HACE POSIBLE** el dar y recibir apoyo emocional 24x7, intercambiar experiencia y mejorar el estado de salud de las personas.*

Nos referimos al **CLOUD COMPUTING**.

Algunas de las ventajas que ofrece la cloud computing para las aseguradoras de salud son:

- **Reducción de costes:** La empresa prescinde de inversiones en infraestructura TI propia y licencias de software.
- **Movilidad:** Acceso desde cualquier dispositivo y lugar
- **Pago por uso** y gasto bajo control.
- **Tecnología siempre actualizada y optimizada**
- **Respeto al medio ambiente.** Hacer uso de la nube reduce la huella de carbono
- **Seguridad.** Las medidas de seguridad, backup, restore y protección que tienen los ambientes clouds cada día se sofistican más.

La tecnología Cloud Computing tiene más de 20 años buscando su aceptación. Algunos pioneros del sector seguros visualizaron sus beneficios desde los comienzos, tal es el caso de **ASISA**, galardonada con el **‘Premio Nacional de Informática de la Salud 2014’** de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), por la innovación y gestión de alta eficiencia tras implantar en todos los centros del Grupo Hospitalario ASISA el sistema **Green Cube**, una completa **historia clínica digital** orientada a la gestión integral de los procesos y flujos de trabajo con interacción entre todos los hospitales. Basada en tecnología **Cloud Computing**, esta herramienta es accesible desde cualquier lugar y cumple con las normativas de seguridad de la información más exigentes.

Actualmente, Sanitas, otro player que ha apostado fuertemente por esta tecnología, ofrece un servicio totalmente 100% online como es **BLUA**, un seguro médico que no sólo contempla las habituales coberturas médicas, sino que ofrece novedades como la posibilidad de realizar video-consultas online en algunas especialidades médica. También apoya su estrategia cloud en iniciativas tales como el **cloud computing Sanihub**, un portal online donde se pueden contratar servicios de salud, que ha sido desarrollado por Sanitas en colaboración con distintos centros médicos de toda España.

Como alternativa a la evolución de las plataformas tecnológicas actuales de las empresas de seguros, aparecen plataformas como **Winsure**, una plataforma SaaS (software as a service) que soporta todas las funciones de negocio de una aseguradora de salud, incorpora mejoras prácticas e integra todo el ecosistema (Front-Backoffice).

Desde un punto de vista más disruptivo, encontramos nuevos modelos de negocios desarrollados directamente bajo cloud computing como lo es **SaludOnNet** (que, como se ha mencionado, el pasado 5 de octubre de 2017 se anunció la entrada en su accionariado de AXA en un 33%).



IVÁN SÁNCHEZ, *director de Seguridad de Sanitas*

“Tenemos que ser muy cuidadosos a la hora de determinar qué es lo que vamos a llevar a la nube porque trabajamos en un sector muy regulado. Manejamos datos personales, por lo que debemos ir con pies de plomo y tener la absoluta certeza de que podemos responder a la confianza que depositan en nosotros nuestros clientes”.

Fuente: Miriam Prieto, 15 de marzo de 2016, Sanitas: no vale cualquier proveedor en la nube, Expansión

UBIQUIDAD y CERCANÍA

Dos conceptos logrados gracias a la **MOVILIDAD**, se basan en que la salud puede ser controlada desde todas partes y en todo momento. El médico va a casa del paciente de forma virtual, lo que origina que el paciente se involucra más activamente en su cuidado médico.

El porcentaje de personas que dispone de un teléfono móvil con conexión a internet no ha parado de crecer en los últimos años. Ya son mayoría. Esto significa que, si desarrollamos contenidos de calidad sobre “salud”, cualquiera puede acceder a ellos de forma inmediata desde cualquier lugar. Sin embargo, será el asegurado quien decida con quién comparte y cuando deja de compartir información.

La movilidad favorece la comunicación entre todos los que conformen el ecosistema, aseguradora de salud, asegurado, personal sanitario, etc., mejorando principalmente la calidad de vida de las personas, la prevención de salud o superación de enfermedades.

Las herramientas de **eHealth** apoyan el cuidado de las personas, ayudando a gestionar condiciones crónicas, seguimiento de la salud, actividades de fitness, reforzamiento de hábitos saludables, log de inmunización, citas médicas, control de tratamientos médicos, etc.

Para poder disfrutar de los beneficios de la **eHealth**, las personas deben saber que hay disponible, donde encontrarlas y cómo usar los recursos y herramientas; como evaluar la calidad y cómo encajan sus necesidades.

Asegurado implicado, CONECTADO y experto

Gracias al **INTERNET, REDES SOCIALES Y COMUNIDADES**, el usuario tiene mayor control y conocimiento de su salud. Google y otros buscadores se utilizan en muchas ocasiones como primera consulta ante una dolencia o enfermedad, antes que acudir al médico de cabecera (Cibercondríaco o hipocondríacos digitales).

- Entre el 77% y el 88% de los pacientes consultan en Internet antes de acudir a su médico.
- Más del 50% de la información buscada en Internet relacionada con la salud es sobre dolencias, enfermedades y medicamentos.
- Cada 5 segundos se realizan más de 170.000 búsquedas en Google relacionadas con estos temas.

Según registra ICEA, en su informe de evolución del número de seguidores en Twitter durante 2016, el auge de las redes sociales en el sector salud, se debe en buena medida a que precisamente la salud cada vez va más de la mano con el entorno digital:

- El 25% de los pacientes usa las redes sociales para ver la experiencia de otros con su misma enfermedad.
- Más del 40% de los pacientes afirman que las redes sociales pueden influir en su decisión sobre el médico o el centro al que acudir.

Oportunidades de las redes sociales para las aseguradoras de salud:

- Fomenta la comunicación, siendo una herramienta útil para campañas de salud, alertas sanitarias o cualquier otra información relevante de prevención.
- Ayuda a formar y educar a la sociedad en temas de salud y bienestar.
- Colabora con la investigación. Siendo éste un canal más para reclutar personas que participen en ensayos y estudios.
- Permite a las aseguradoras proyectar, consolidar su marca y comunicar promociones de diversa índole.

Definiendo nuevas EXPERIENCIAS, creando inmersión para producir bienestar

Una tecnología que permite a las aseguradoras de salud, crear o recrear ambientes o inclusive mundos, donde los asegurados vivan nuevas experiencias es la **REALIDAD AUMENTADA y REALIDAD VIRTUAL**. Muchos definen la realidad aumentada como una superposición de fantasías que se combinan con la realidad y la realidad virtual aquella que no aumenta el mundo real, sino que lo sustituye por otro simulado.

Estas tecnologías junto con técnicas de gamificación, están siendo exploradas por las aseguradoras en múltiples aplicaciones tales como:

- Reducir costes de formación para sus empleados como para sus asegurados
- Reportaje y Reclamaciones, siniestralidad e investigación
- Proporcionar a los asegurados experiencias virtuales que ayuden a mejorar su bienestar físico y emocional.

Según Antonio Martín, Director de TI y Estudios del ICEA, las investigaciones han demostrado que el **estrés y la siniestralidad son variables que están directamente correlacionadas**, a medida que aumenta la primera, aumenta la probabilidad de que se incremente la segunda. Es por ello, que varias aseguradoras ya han lanzado algunas iniciativas de realidad virtual orientadas a proporcionar una experiencia relajante y placentera para el asegurado.

Tal es el caso de “Cigna Virtual Relaxation Pod”, una experiencia de realidad virtual que recrea un entorno tridimensional en el que el usuario se sumerge en un mundo paralelo alejado del estrés para ayudar a reducir el nivel de tensión corporal. Estas lentes hacen uso de tres ambientes relajantes: una playa tranquila con el ruido de las olas rompiendo en la orilla, un jardín zen o un bosque con una fogata bajo la luz del atardecer/amanecer. Al mismo tiempo, una voz experta guía la mente del usuario hacia la meditación y la tranquilidad.

Sanitas, también, ha lanzado un programa para reducir la ansiedad en pacientes oncológicos, el programa se llevaría a cabo en tres sesiones de 30 minutos de duración en las que se abordan tres módulos: Anticipación, Distracción y Mindfulness. El primero se le ofrece al paciente el mismo día que el oncólogo le pauta el tratamiento. El segundo, el día previo al inicio del tratamiento. Por último, la tercera sesión tendría lugar a mitad del tratamiento para valorar la evolución emocional del paciente.

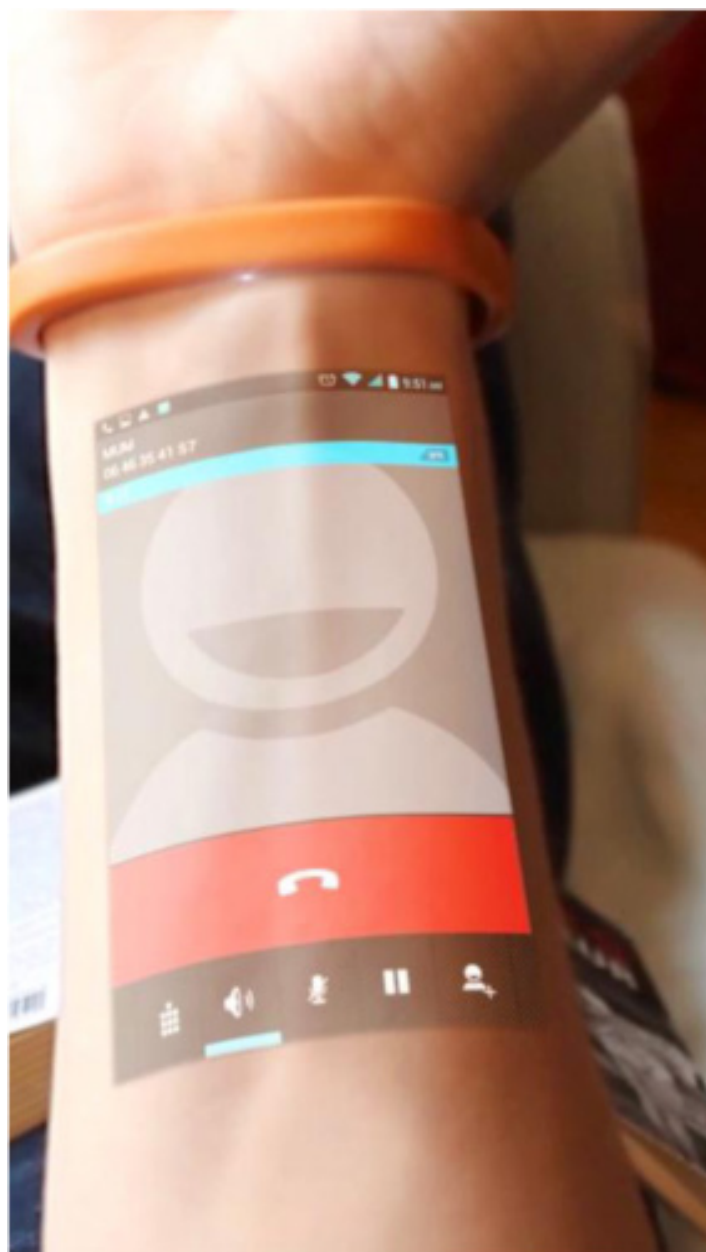
*Un aliado tecnológico que asegura que
cada SEÑAL
tenga un peso relevante en la vida de las
personas*

Nos referimos al **INTERNET DE LAS COSAS (IoT)** la cual está cambiando notablemente el mundo de los seguros. Las personas cada vez llevamos más lectores de salud encima. En apenas un par de años las personas incrementaremos exponencialmente nuestra conexión sanitaria. La entrega de datos masivos a tiempo real sobre nuestro estado de salud reducirá una hipotética 'cadena de valor' entre el paciente y la solución. **El e-health de origen IoT o wearables lo va a cambiar todo.** El IoT está siendo evaluado por muchas aseguradoras para construir nuevos modelos de negocios.

Aun cuando es una de las tecnologías en donde hay mayor inversión, actualmente la data que se recoge es para usos específicos y no es compartida ni agregada a gran escala. Según IDC en los próximos 5 años las inversiones se focalizarán en ampliar las plataformas de IoT.

Hace falta fomentar la cultura de digitalización y de IoT en las organizaciones, y es necesario tener un conocimiento multidisciplinar que permita escoger con quién hay que asociarse. Las alianzas para las aseguradoras se perfilan como fundamentales, y así lo están demostrando grandes compañías que ya trabajan con incipientes Insurtech.

El IoT, a través de diversos dispositivos wearables o insideables permitirá a las aseguradoras ofrecer servicios personalizados a los clientes. Promoverá la fidelización de los clientes, una reducción significativa del fraude y la personalización de las primas a nivel individual.



La E-Skin, la biotecnología que permite visualizar la pantalla del teléfono Android en la muñeca, ha tocado su punto más alto de evolución con el "Cicret Bracelet"

Inteligencia, fuerza de ejecución programable y datos, una potente combinación de tecnologías que transforman día a día la cadena de valor de las aseguradoras de salud

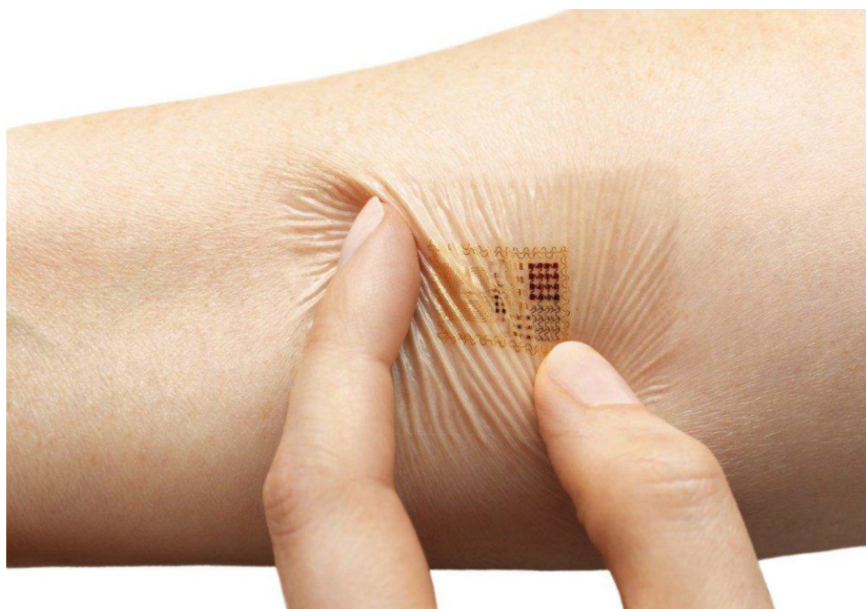
La **IA & ROBOTICA** lo modificará todo. Su papel en una cadena de montaje es claro, pero en un espacio flexible donde su 'entidad' pueda ser inteligente y tome decisiones por sí sola precisará de un nuevo foco asegurador, tal vez un asegurador sintético y no humano. El análisis y clasificación de clientes, la valoración de siniestros y la prevención del fraude y la morosidad son, junto a la detección de la propensión al abandono y el marketing personalizado, los principales campos de aplicación de estas tecnologías de automatización (Bots).

Los nuevos service centers (Contact Centers):

Las aseguradoras están realizando un esfuerzo importante en la evolución de sus contact centers, algunas como Sanitas, ha realizado un esfuerzo importante en su digitalización, ha rediseñado su contact center tomando como centro a la persona, incentivando que la actividad sea más placentera, lo que se traduce en mayor productividad del centro.

Con la creciente inversión en robótica, se verá el crecimiento de los **“sobots”, robots sociales que leen emociones y hablan, los cuales serán usados como asistentes digitales.**

La innovación tecnológica introducirá cambios importantes en estas plataformas, antes de los que muchos esperan. Veremos en acción a los hiper-realistas chatbots basados en las más avanzadas soluciones de machine learning y reconocimiento del lenguaje que propone **Soul Machines**, las integraciones que promete “Internet of Things” a la resolución predictiva de gran parte de las consultas de clientes, las cada vez más asimiladas (e incluso demandadas) opciones de atención al cliente en modo autoservicio.



Machine Learning:

Aprender automáticamente es la característica principal que diferencia a estos sistemas de otros menos avanzados. Aquí se le proporciona a un algoritmo un conjunto de reglas para que las aplique cuando se encuentre con los datos pertinentes. Pero el software tiene la capacidad de **adaptar dichas reglas y crear otras nuevas** para mejorar su tasa de acierto, puede ser usado para entrenar computadores, entender y analizar el lenguaje humano, incluyendo texto y voz e identificar y analizar imágenes o para análisis de series de tiempo, entre otras cosas.

Para las aseguradoras será una herramienta diferenciadora, usada a través de toda su cadena de valor para entender con mayor precisión los riesgos, reclamaciones y la experiencia del cliente.

Especialmente, permitirá a las aseguradoras obtener mejores predicciones y ajustar sus estrategias de precios dentro de modelos más complejos. Estimación de precios, pérdidas, monitoreo de fraude, serán algunas de sus aplicaciones.

Deep Learning:

La diferencia entre machine learning y deep learning es que la segunda técnica lleva el aprendizaje a un nivel más detallado. El sistema en este caso **va por capas o unidades neuronales**. De hecho, el funcionamiento de estos algoritmos trata de imitar el del cerebro. En deep learning cada capa procesa la información y **arroja un resultado que se revela en forma de ponderación**. La segunda capa que analice la imagen combinará el resultado obtenido por la primera capa con su propio juicio. De tal forma que la ponderación se modificará y **se trasladará a la tercera capa**. Lo que hace este sistema es reducir el margen de error y, por tanto, **aumentar la precisión de las conclusiones**.

Google lo utiliza, ya, en sus algoritmos de reconocimiento de voz e imágenes, Apple en Siri, eBay lo ha incluido en su buscador para saber qué es lo que el usuario quiere realmente, aunque no sepa cómo buscarlo, los coches autónomos se basan en estos algoritmos, etc. Son algunos ejemplos de grandes compañías que lo han incorporado.

En marketing digital, Amazon y Netflix lo usan para predecir lo que el usuario quiere comprar o ver, respectivamente, recomendándole lo que realmente necesita **antes de que se haya percatado de esa necesidad**.

Esto deriva en una maximización de la inversión en publicidad. De hecho, la posibilidad de unir el dato **omnicanal** con los sistemas de **deep learning** aporta infinidad de opciones al marketing digital y a la optimización de la experiencia de usuario.



ANALIZANDO información para diseñar o transformar servicios o soluciones

Para aprovechar al máximo este activo estratégico, las empresas deben poder disponer de él en todo momento y deben prestar especial atención a su fiabilidad y exactitud.

Una plataforma para la integración y la calidad de datos permite a las empresas acceder, integrar y limpiar todos sus activos de información –tanto los datos históricos como los operativos, desde una gran variedad de fuentes y en cualquier formato- y suministrar los datos por toda la empresa, en el momento, lugar y forma que sean necesarios.



RONALD COASE, *winner of the Nobel Prize in Economics*

“Torture the data, and it will confess to anything”

En el campo de la salud, lo que se persigue con las técnicas de análisis **BIG DATA** es realizar diagnósticos más precisos, reducir el número de errores médicos, pautar una medicación, y hacer un seguimiento más exhaustivo del paciente.

De la misma manera que el Big Data puede ayudar a los profesionales sanitarios a efectuar mejores diagnósticos y comprender mejor los procesos de las enfermedades, **las aseguradoras pueden diseñar pólizas completamente personalizadas para sus asegurados.**

El Big Data nos permitiría saber, por ejemplo, a partir de un cuestionario rutinario, el **factor de riesgo** de un asegurado, y todos los parámetros idóneos para calcular con mucha precisión, cómo debería ser su póliza.

Aunque las empresas en Europa tienen muy presente las normativas de seguridad de datos (GDPR, entre otras), el mundo globalizado empieza a organizarse con iniciativas para capturar de manera masiva data. Algunas de estas iniciativas son:

- **AllofUS**

Una iniciativa americana que intenta recolectar la mayor data posible para acelerar los procesos de investigación y mejorar la salud, ofreciendo medicina de precisión a la sociedad

- **Patientslike.com**

Una comunidad donde las personas colaboran con la investigación y experimentación de nuevas drogas, etc., proporcionando sus datos de manera gratuita.

Asegurando la PROTECCION y PRIVACIDAD de la información de los asegurados

Según Lloyds Bank, “un gran ciberataque equivaldría en pérdidas a las causadas por un desastre natural como el huracán Sandy”. Tomando en cuenta los últimos acontecimientos en materia de **CIBERSEGURIDAD**, el sector asegurador tiene una gran oportunidad de complementar su oferta de servicios con seguros contra ataques cibernéticos. El mercado está sensible y el momento es ahora.

Desde la perspectiva que compete a este estudio, según el Instituto Nacional de Ciberseguridad (INCIBE), en el ámbito de la sanidad y farmacia, las oportunidades estarán vinculadas a la protección de dispositivos médicos conectados, el cifrado para la investigación médica, farmacéutica y el almacenamiento seguro y ubicuo de datos médicos. A todo ello, se suma los servicios de seguridad en la nube, el cifrado, el hacking ético y la certificación de confianza digital.

Nuevos Modelos de Negocios, búsqueda de eficiencia e incremento de CONFIANZA

Siendo una tecnología disruptiva, en la que se empieza a invertir, aún no se conoce todo lo que puede ofrecer a muchos sectores, nos referimos a **BLOCKCHAIN**, para las aseguradoras se perfila como una tecnología candidata a asegurar el cumplimiento de la regulación, creando ambientes seguros y de confianza. Con bajo índice de hackeo.

La tecnología Blockchain se comporta como una red P2P, donde todos los nodos son iguales entre sí dando lugar a un sistema distribuido resistente a ataques informáticos, fallos o falsificaciones, y capaz de funcionar en la práctica como un registro transparente e inmutable de la verdad.

Algunos de los casos de uso en las aseguradoras, que apuestan por su mejora de eficiencia operacional y la seguridad en sus operaciones, son:

- Contratos inteligentes.
- Activos inteligentes de información.
- Organizaciones autónomas descentralizadas.
- Detección de fraude y atención de reclamaciones.

La finalidad de la implementación de estas tecnologías será una mayor satisfacción y retención de los clientes, y la creación de una relación de confianza entre ellos y la empresa, donde la aseguradora se adapte a las necesidades y deseos de sus clientes, desde cualquier lugar y en tiempo real.

Blockchain genera un registro digital y distribuido de transacciones. Este registro no es regulado ni mantenido por una autoridad central o entidad de confianza. La tecnología blockchain logra que mediante ciertas reglas de consenso e micro-incentivos económicos este registro se mantenga de un modo autónomo y en forma incorruptible e inalterable.

Según lo han reseñado los principales medios de comunicación, entre los cuales se encuentra el grupo aseguranza.com en su editorial del 11/09/2017, **15 entidades** –aseguradoras y reaseguradoras– han conformado una iniciativa denominada **B3i (Blockchain Insurance Industry Initiative)**, con el objetivo de explorar conjuntamente los posibles beneficios de Blockchain.

Durante el principal encuentro del reaseguro mundial, celebrado en Montecarlo, B3i ha presentado su primera solución la cual consiste en un **prototipo** basado en esta tecnología y **dirigido**

exclusivamente al reaseguro. Con esta solución, que todavía está **en fase de pruebas**, se pretende **construir una industria totalmente eficiente** a nivel mundial. Las entidades participantes calculan que la **productividad aumentará un 30%** y que **se reducirán los costes administrativos**. Esto beneficiará a los consumidores ya que los precios de los productos aseguradores también bajarán.

Se prevé que esta solución **se podrá lanzar definitivamente en 2018** y también se está trabajando en la **creación del contrato inteligente**.

Actualmente, B3i lo conforman: Achmea, Aegon, Ageas, Allianz, Generali, Hannover Re, Liberty Mutual, Munich Re, RGA, SCOR, Sompo Japan Nipponkoa Insurance, Swiss Re, Tokio Marine, XL Catlin y Zurich.

En España, la apuesta por esta tecnología, se potenciará aún más con la reciente creación del **consorcio ALASTRIA**, una red nacional basada en blockchain conformada por más de setenta grandes empresas españolas de banca, energía y telecomunicaciones, así como entidades del sector público; **su objetivo es el de desarrollar la tecnología de registros contables compartidos**, llamada a convertirse en el nuevo ecosistema de intercambio de datos y que habilitará y acelerará la transformación digital de distintos sectores industriales y empresariales en los próximos años gracias a su agilidad, veracidad, seguridad y eficiencia.

Haciendo foco en el sector salud, encontramos que actualmente los distintos tipos de lenguajes y registros médicos limitan los beneficios de la información sanitaria masiva, por lo que las bases de datos descentralizadas tienen el potencial para solucionar el problema.



NISLAN KULATILAKA, *Director de Aplicaciones Tecnológicas, Merck Co. and Inc.*

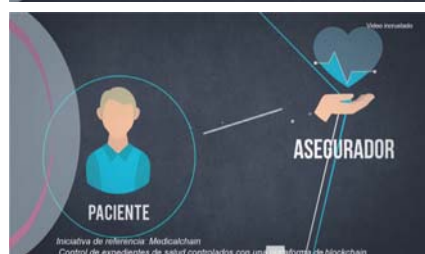
*“...el sector salud podría convertirse en la 2ª mayor industria en adoptar la tecnología Blockchain luego de la industria financiera... Sin embargo, se necesita algo de **audacia** para realizar cambios en el funcionamiento de la atención de la salud...”*

MEDICALCHAIN - PLATAFORMA DE BLOCKCHAIN PARA LA GESTIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD DE LAS PERSONAS

Como un ejemplo de plataforma tecnológica para la gestión de expedientes de salud, encontramos la plataforma Blockchain del Reino Unido, Medicalchain, una insurtech que creará un ecosistema que cambiará el panorama de la industria de la salud. Los miembros del ecosistema podrán construir sus propias aplicaciones sobre este Blockchain, lo que mejorará la calidad, velocidad y cuidado de los pacientes o clientes de las aseguradoras de salud.

La tecnología distribuida de Medicalchain permitirá:

- Que cada paciente tenga un único registro médico que pueda ser actualizado en tiempo real, proporcionando a los proveedores de salud, compañías aseguradoras, farmacias y laboratorios con la información actualizada del paciente.
- Transferencia de data médica, de manera segura e instantánea, eliminando drásticamente el papel, errores administrativos y tiempo de procesamiento entre hospitales y médicos.
- Los pacientes podrán controlar de primera mano su privacidad; la arquitectura de Medicalchain proporcionará a los pacientes la habilidad de escoger quién consulta sus registros, lo que ellos han visto y por cuánto tiempo
- Los pacientes serán recompensados por dar acceso a su data por tiempo limitado a institutos de investigación para estudios médicos.
- Las aseguradoras monitorizarán a sus clientes de salud en tiempo real, recompensando a sus pacientes por su buena salud con reducción en sus primas de seguros.



Identificación, reconocimiento y perfilado del asegurado tomando como base su PATRÓN BIOLÓGICO

La **BIOMETRIA** es el alimento perfecto para la inteligencia artificial y la robótica y por ende para el análisis de los datos.

Según el blog Volcaico.com, varias compañías aseguradoras en el mundo estarían comenzando a implementar programas de reconocimiento facial para determinar y estimar la esperanza de vida de una persona. Así, **solo un selfie podría ser suficiente para comprar un seguro a través de Internet** y sin necesidad de llenar demasiados formularios ni realizar exámenes médicos para tal fin

Un ejemplo de esta tecnología, aún en experimentación, es **Chronos** de la empresa Lapetus que se abastece de una gran cantidad de datos obtenidos del rostro de una persona, mediante tecnología de reconocimiento facial, extrae el índice de masa corporal, edad fisiológica, si la persona es fumadora o ha sido entre otras variables usadas para personalizar una póliza de salud.





Tecnologías disruptivas que comienzan a cambiar el panorama de las aseguradoras de salud, ya no sólo es el fenotipo, sino el genotipo el que determinará los nuevos modelos de negocio en este sector.

El pasado 12 de julio, la **revista Nature** publicó un artículo, en el que se muestra que unos científicos de Harvard **han convertido una bacteria en un disco duro**.

Lo mejor de este experimento es el aumento del conocimiento en el uso de **CRISPR/Cas9**, un mecanismo que han desarrollado las bacterias para protegerse de ataques víricos y que se está aprendiendo a usar para modificar el ADN. Quizás en un futuro usemos las **bacterias como pendrives o como backups de partes de nuestro propio genoma**, al que podremos acudir cuando se nos deteriore el ADN de tanto usarlo y así restaurar las partes dañadas.

Con ayuda de las bacterias se pretende crear nuevos tratamientos para enfermedades incurables o para modificar genéticamente algunos organismos, como por ejemplo, las bacterias de nuestra flora. Se sabe que en nuestro cuerpo habitan bacterias que pueden intervenir en algunas patologías como el acné, enfermedades del tracto intestinal, enfermedades autoinmunes, cáncer y diabetes.

Nanotecnología, tratamiento de células de vapor contra el cáncer, rejuvenecimiento, investigación Telomerase (enzima para revertir el envejecimiento), mantenimiento de la conciencia, miembros biónicos, manipulación del ADN del Mapa genético... son algunos de los desafíos que están ayudando a crear una nueva perspectiva sobre la inmortalidad, sobre la condición humana del asegurado del futuro, **es muy probable que las aseguradoras tengan que definir pólizas especiales para Cyborgs o reevaluar su modelo de negocio ante la posibilidad de que el transhumanismo o H+ (Humanidad Plus)**, una doctrina que tiene como eje la superación de nuestros límites biológicos y la fusión con las máquinas, **tome fuerza**, tomando en cuenta que un ejército de pensadores en todo el mundo nutre esta corriente filosófico-científica. En efecto, tres de sus gurús lo son: el neoyorquino Marvin Minsky, de 87 años, padre de la inteligencia artificial; su discípulo Ray Kurzweil, de 67, gran amigo de Bill Gates, ingeniero jefe de Google y autor del texto de referencia La Singularidad está cerca; y el británico de lengua barba Aubrey de Grey, que se dedica a la biogerontología.

“Habrá un momento -continúa- en que se producirá una gran explosión de inteligencia y tecnología, la Singularidad”, prevista para el año 2045, cuando se fusionará el conocimiento almacenado en nuestros cerebros con la muy superior capacidad, velocidad y agilidad de nuestra tecnología. “Nacerá entonces la civilización humano-máquina”.

3.3. AGENDA DEL CEO: HOJA DE RUTA

PERSONAS: CULTURA, MODELO ORGANIZATIVO Y TALENTO

El segmento de seguros de salud en España necesita acometer una **completa y compleja transformación digital**.

Las recomendaciones para el vector Personas dentro del apartado de la AGENDA DEL CEO: HOJA DE RUTA están organizadas en las 3 áreas de actuación ya mencionadas con anterioridad - Cultura, Modelo Organizativo y Talento - para, a continuación, proponer algunas acciones concretas que consideramos esenciales para poder impactar la transformación digital del segmento”.

CULTURA, áreas de actuación:

1. Instaurar una Cultura plenamente enfocada en la generación de Valor para el Cliente. Ejemplos recientes y relevantes en este sector han sido la novedosa oferta de seguros de salud basados en el profundo conocimiento de los perfiles de la cartera de clientes potenciales:

- con Tele-Medicina (eg: DKV, Sanitas Blua, Cigna, Nuez)
- Personalizados (eg: DKV, Sanitas, agrupació, Néctar, Coversure)
- de Responsabilidad Compartida (eg: Oscar, Lemonade)
- de Pago Por Uso (eg: Sanihub, Saludonnet, Medichex)
- con Plataformas de Hábitos del asegurado para la salud (eg: Vitality)

2. Crear una Cultura de Cambio e Innovación Continua. Deberá ser adaptativa a la incertidumbre del cambio continuo y habrá que desarrollar mecanismos de tolerancia al error o, incluso, al fracaso, en aras del aprendizaje y la agilidad de las metodologías.

3. Establecer una Cultura donde la Toma de Decisiones esté basada en Datos (detalles en Vector y Hoja de Ruta de Datos)

MODELO ORGANIZATIVO, áreas de actuación:

1. Rediseñar y crear nuevos Puestos de Trabajo que reflejen las necesidades del Asegurado y de la Aseguradora de Salud. RRHH tendrá que idear modos innovadores para incentivar y premiar al empleado que reflejen el nuevo modo de trabajar (esta es un área donde aún no hemos observado ningún best practice). A corto plazo, se pueden organizar las responsabilidades por Proyectos o por Roles, en vez de por Función o Departamento. A medio o largo plazo, un verdadero game changer podría ser mudar la organización a una estructura tipo Holocracia, pero este modelo es aún muy nuevo, no está probado para organizaciones tradicionales y puede no ser aconsejable para las Aseguradoras de Salud. Aún así, contiene elementos organizativos y de modo de trabajo de los que las Aseguradoras de Salud se pueden beneficiar. Por ejemplo, el proceso único de toma de decisiones, el sistema de reuniones ágiles o, en el caso de puestos de trabajo, el foco único en tareas que acerquen al objetivo o la autogestión.

2. **Fomentar la Co-Creación a través de Ecosistemas Colaborativos y Co-Opetitivos**, internos (entre departamentos, equipos) y externos (otras Aseguradoras de Salud, empresas TIC, Parques Tecnológicos, Universidades, Start-Ups, InsurTechs), incluyendo la **Colaboración Público-Privada**. Hemos compartido varios ejemplos de Aseguradoras de Salud operando ya en sistemas colaborativos y de co-creación (eg: Santalucía). Ejemplo de colaboración público-privada encontramos en Sanitas, con el Hospital de Torrejón, en la Comunidad de Madrid, y el Hospital de Manises, en la Comunidad Valenciana.
3. **Facilitar la Innovación creando Ecosistemas de Open Innovation**. A corto plazo, se puede empezar por el uso de metodologías ágiles, la creación de proyectos disruptivos y transversales y promover el Intra-emprendimiento. A medio plazo y con colaboración externa, establecer un Radar de Innovación, crear asociaciones con otros players para proyectos de innovación específicos y fundar una Incubadora para atraer a Start-Ups y Emprendedores.



TALENTO, áreas de actuación:

- 1. Identificar, incorporar y empoderar a los Líderes Ambidiestros y Traductores Digitales** en los diferentes niveles de la organización. Los Líderes Ambidiestros deberán estar incluidos en el *Talent Pipeline* de la organización. Es decir, perfiles mixtos que transiten entre la realidad del negocio y las nuevas capacidades digitales con igual desenvoltura y ayuden a los verdaderos especialistas de cada área a entender lo que se requiere de ellos para alcanzar los objetivos compartidos”.
- 2. Promover el Proceso de Digitalización Personal** de los Empleados, a través de los 3 pilares básicos digitales: Educación Digital, Innovación Digital y Emprendimiento Digital; fomentando el uso de las nuevas tecnologías y la creación de marca personal. (Según McKinsey* “solo el 31% de Españoles tienen conocimientos digitales... entre 25 y 55 años el porcentaje es significativamente menor, llegando solo a un 20%”)
- 3. Facilitar el proceso de Aprendizaje Continuo** en la organización. Una combinación efectiva podría ser con talleres de formación de capacidades digitales (habilidades, comportamientos, metodologías y tecnologías), sesiones con expertos, participación en proyectos multidisciplinarios y gamificación. Sin olvidar las áreas de *Soft Skills* tan necesarias en el proceso de Transformación Digital (Gestión de la Incertidumbre, Emociones, Cambio, etc).



Las **principales acciones concretas que proponemos a una Aseguradora de Salud en las 3 áreas de actuación de Personas** son:

CULTURA, acciones concretas:

- Definir equipo para el cambio
- Redefinir la estrategia de la compañía
- Compartir visión con la organización
- Eliminación de silos departamentales, impulsado con proyectos ágiles
- Apoyar las iniciativas de innovación
- Vencer resistencias
- Propiciar cultura de tolerancia al cambio y al error
- Establecer talleres para la gestión de la incertidumbre, el cambio y las emociones
- Asegurarse triunfos a corto plazo y establecer recompensas
- Revisar constantemente los valores como parte del cambio continuo

MODELO ORGANIZATIVO, acciones concretas:

- Crear una estructura organizativa flexible, abierta y más horizontal
- Rediseñar y crear nuevos puestos de trabajo
- Estimular la creación de equipos multidisciplinares y transversales
- Identificar e implementar la palanca de cambio seleccionada
- Facilitar la oportunidad de cross-mentoring
- Incorporar procesos ágiles, enfocados a la experimentación
- Rediseñar los espacios para que inviten a la co-creación
- Incorporar iniciativas que impulsen el compañerismo y disfrute del ambiente laboral
- Establecer un modelo creativo de retribución e incentivos de equipo
- Acciones para compatibilizar la vida personal y profesional
- Fomentar el teletrabajo
- Adecuar las negociaciones de los convenios laborales a los nuevos modelos operativos

TALENTO, acciones concretas:

- Identificar, incorporar y empoderar a los Líderes Ambidiestros, en los diferentes niveles de la organización
- Identificar a los Traductores Digitales
- Establecer un plan de formación en educación digital, innovación y emprendimiento
- Facilitar el proceso de aprendizaje continuo a través de una combinación de talleres de formación de capacidades digitales, sesiones con expertos, participación en proyectos multidisciplinares y gamificación
- Establecer una estrategia y proceso de reclutamiento de talento digital, participar en eventos y generar concursos (Open Talent)
- Estimular a través de retos o concursos internos el aprendizaje continuo e identificación de nuevos modelos de negocio

TECNOLOGÍA

No todas las aseguradoras de salud se encuentran en el mismo nivel de madurez tecnológica. Algunas han iniciado con éxito el camino de la transformación, otras aún están al comienzo. Sin embargo, para que las aseguradoras de salud operen en ecosistemas digitales competitivos deben tomar en cuenta 3 aspectos:

- **Mejorar las plataformas actuales que soportan los cores de las aseguradoras.**
Migración y actualización de los legacys actuales, Incorporación de tecnologías para que los equipos internos operen en entornos digitales colaborativos, con la mayor automatización posible, establecimientos de flujos de trabajo y bots, eliminación de pasos innecesarios, haciendo uso de metodologías ágiles para el desarrollo y ejecución de trabajos tradicionales.
- **Incentivar la co-creación, desarrollo de nuevos modelos de negocios basados en datos e implantación de soluciones,** que proporcionen salud, bienestar, seguridad y facilidad de comunicación en cada uno de los momentos de verdad del cliente, (contratación, reembolso de facturas, selección de cuadro médico, diagnósticos, reclamaciones, etc). asegurando un ágil intercambio de información con el asegurado y todos los intervinientes de su cadena de valor.
- **Potenciar la innovación para la creación de nuevos modelos de negocios disruptivos** (atreverse a innovar en los contact center con Sobots, Desarrollo de wallets para la concentración de apps, utilización de nuevas tecnologías como blockchain, insideables, etc).

Algunas de las iniciativas a considerar son:

Digitalización de la compañía:

Plataforma core de negocio

- Establecer una estrategia progresiva de migración de legacy a plataformas modulares, flexibles con taller de productos de fácil configuración, preferiblemente en cloud, con una infraestructura que permita la multicanalidad y la fácil integración con otras soluciones.
- Definir una estrategia de “cero papel” y optimización de procesos usando metodologías LEAN (eliminación de desperdicio).
- Definir una estrategia de automatización de procesos (implantación de Bots, en los procesos de contratación, validación entre sucursal y oficina central, siniestralidad, etc.).

Tareas de mantenimiento y evolutivos de sistemas:

- Formar a los equipos en herramientas digitales de colaboración (Trello, Slack, JIRA, etc.). que les permita intercambiar información.
- Hacer seguimiento de las labores de mantenimiento y evolutivos tradicionales bajo metodologías ágiles usando paneles o herramientas kanban.

Definición de una estrategia ominicanal:

- Implantación o actualización de aplicaciones CRM- Contact Center, que tengan una integración ágil y que incorporen nuevas tecnologías Chat, ChatBot, integración con Redes Sociales, etc.
- Identificar a través de talleres de service design, mejoras en la experiencia de clientes de todos los canales de la aseguradora (web, móvil, oficinas, etc.).
- Impulsar la App-gregación. Pensar en la simplicidad y en hacerle la vida más fácil al asegurado. Lo que previamente hemos denominado como generar un wallet para las múltiples aplicaciones.
- Esponsorizar y liderar los marketplace de soluciones.

Ecosistema para ofrecer nuevos modelos de negocio:

- Apoyarse en insurtech que poseen nuevos modelos de negocio.
- Alianzas con otras aseguradoras (coopetition).

Ecosistema que soporte la innovación... nuevos modelos de negocios:

- Estrategia e implantación de plataforma para propiciar el intraemprendimiento. Comenzar con pequeñas iniciativas. Lanzamiento de concursos. Hackatones de ideas para mejorar el negocio.
- Estrategia de Plataformas para atraer Talento (Open innovation).





DATOS

Como se ha puesto de manifiesto en el presente informe, junto con nuestra visión Customer Centric y las personas, los datos son otro de los factores estratégicos para la transformación digital de las aseguradoras de salud de nuestro país. Todos ellos, contando además con la contribución imprescindible, aunque no suficiente, de la tecnología, que permite optimizar su recogida, análisis y explotación.

Pero, para que una aseguradora de salud pueda gestionar de forma inteligente y eficiente el enorme volumen de datos que produce en su cotidiana actividad empresarial, “estructurados y no estructurados” tanto de fuentes off como online, con el fin de obtener un mayor valor comercial y ventajas competitivas (Smart Data), debe realizar diferentes acciones en cada uno de los 3 ámbitos siguientes:

1. Data Driven:

Las aseguradoras de salud deben tomar todas y cada una de sus **decisiones empresariales basadas en datos y no en meras opiniones**, o en suposiciones sin base empírica, como se ha venido haciendo desde hace muchos años en este y otros sectores económicos tradicionales.



DAVID GRACIA, *Director de Marketing y Transformación Digital de Sanitas:*

“Lo relevante es que las decisiones de negocio no se toman basadas en mi opinión o la de ningún otro directivo, sino amparadas en datos, en las respuestas reales de los clientes”

Fuente: Arrieta, E., 19 de enero de 2016, Sanitas puede ser tan ágil como una start up. Expansión.

Convertirse en una compañía “Data Driven” no es una cuestión de tecnología o digitalización, sino de profunda transformación. Es un imperativo que debe implicar necesariamente la **adaptación de su cultura y de su modelo de gobierno**, haciendo que **los datos formen parte de su ADN corporativo y que sean el centro de sus procesos y toma de decisiones**; que para todas las personas de la organización la gestión de datos se convierta en un hábito natural en su forma de pensar y actuar, que esté integrada en su día a día, con el objetivo de crear un entorno de transformación e innovación permanentes para el negocio.

Ser “Data Driven” supone también necesariamente la democratización de los datos dentro de la organización. En efecto, los datos de una aseguradora de salud tienen que estar disponibles en su “front office”, en forma de información útil, para que todos los empleados de las diferentes áreas tengan la oportunidad de generar a partir de ellos casos de uso rentables para la compañía y de “engagement” con sus clientes.

Las **principales acciones que proponemos a una aseguradora de salud en este ámbito** son:

- Implantar el principio de que ninguna decisión se tomará sin datos dentro de la compañía.
- Llevar a cabo iniciativas efectivas para lograr la “democratización real del dato” dentro de la organización.
- Establecer KPIs efectivos y de valor para el negocio.
- Identificación de las diferentes fuentes de datos a utilizar: off y online, datos estructurados y no estructurados, etc. (por ejemplo: información transaccional, de social media, de su red comercial, de los propios asegurados a través de biosensores, wearables, insideables, etc.).
- Consolidar toda la información en una sola base de conocimiento: plataforma cloud y data-centric (base de datos única, en un único sistema a modo de Data Lake).
- Llevar a cabo acciones de fusión y homogeneización de la información almacenada, así como de enriquecimiento y actualización continua de la misma.
- Fomentar el uso de nuevas fuentes de datos (del propio negocio, de terceros, etc.).
- Implementar algoritmos cada vez más avanzados y técnicas de machine learning para efectuar análisis predictivos.
- Definir y realizar acciones que permitan la explotación y monetización de los datos, así como su automatización (soluciones de personalización, retargeting, DMP, DSP, etc.).
- Implementar técnicas de Smart Visual Data, que permitan el análisis intuitivo y muy visual de los datos para optimizar y mejorar la toma de decisiones (cuadros de mando y tableros de control avanzados, etc.).
- Llevar a cabo acciones para detectar el fraude de forma anticipada, que nos permitan optimizar la gestión y reducir el coste de los siniestros.

2. De un modelo causal a un modelo de correlación: Del análisis descriptivo al cognitivo.

Otro de los aspectos fundamentales a la hora de tomar decisiones por parte de una aseguradora de salud, en un entorno de creciente incertidumbre, como se ha indicado en este informe, es **dejar de buscar respuestas a las preguntas tradicionales de ¿qué ha ocurrido?** (analítica descriptiva: hojas de cálculo y otros datos históricos, etc.) **y de ¿por qué ha ocurrido?** (analítica de diagnóstico: business intelligent y data mining), **para pasar a plantear el ¿qué va a ocurrir? dando respuesta a preguntas previamente formuladas** (analítica predictiva: Big Data, Deep Learning y Machine Learning) **e, incluso, a preguntas no formuladas** (analítica cognitiva: Inteligencia Artificial).

Para que las aseguradoras de salud puedan anticiparse a las necesidades de sus clientes actuales y potenciales, es necesario que pasen de un modelo de causalidad (análisis descriptivo) a otro de correlación (análisis cognitivo) basado en algoritmos cada vez más avanzados y en Inteligencia Artificial

Lo anterior representa un cambio de paradigma en la forma de cómo pensamos las personas; esto es, **pasar de un modelo de causalidad (causas – efectos) a otro modelo de correlación basado en algoritmos cada vez más avanzados y en técnicas de inteligencia artificial**, lo que, en la práctica, es de enorme transcendencia para la transformación digital de las aseguradoras de salud.

Efectivamente, el acceso al Big Data – Smart Data, y a la analítica avanzada de los datos, permitirá a las aseguradoras de salud **desarrollar nuevos productos y servicios con mayor nivel de personalización**, que supongan una verdadera “experiencia diferencial” para el cliente, haciendo que este pase de ser un mero pagador del seguro a “socio”, y ofreciéndoselos también en cada uno de los momentos oportunos de su vida para, de esta forma, lograr diferenciarse de sus competidores y mejorar su rentabilidad.

Asimismo, el tratamiento masivo e inteligente de los datos les permitirá, por ejemplo, el **cálculo individualizado de las primas basado en el uso, preferencias o en los estilos y hábitos de vida de los asegurados**, frente al sistema tradicional basado en análisis de colectivos sociodemográficos, o incluso les permitirá diseñar y **ajustar su oferta basándose en el análisis predictivo de las necesidades de sus clientes actuales y potenciales**.

Precisamente, el **pricing y una gestión optimizada del riesgo**, donde éste se calcule de forma dinámica y con mayor precisión, **permitirá a las aseguradoras de salud optimizar el margen de rentabilidad por cliente en cada uno de sus canales**.

Las **principales acciones que proponemos a una aseguradora de salud en este ámbito** son:

- Progresivamente, debe realizar las acciones necesarias que le permitan ir pasando del análisis descriptivo y de diagnóstico de los datos a uno predictivo, para anticiparse a las necesidades de sus clientes actuales y futuros y, de esta forma, ofrecerles una mejor experiencia de cliente, que sea diferencial y que, además, potencie su “engagement” con la compañía.
- Para ello, necesitará evolucionar progresivamente su nivel de madurez tecnológica, implementando las técnicas, soluciones y la participación de los expertos en datos que sean necesarios (estadísticos, ingenieros de datos, especialistas en machine learning o en visualización de datos, etc.).
- Crear nuevos productos y servicios basados en la inteligencia de los datos que resulten más rentables (basados en patrones de enfermedades y su correlación con hábitos de vida, en monitorización remota de los clientes – pacientes, en datos estimados de demanda futura, en la personalización de los tratamientos, etc.).
- Realizar acciones para aumentar la fidelidad de los asegurados y la disminución de su abandono.
- Gestionar un pricing más ajustado de la póliza del seguro de salud al riesgo de cada asegurado (por ejemplo, para mejorar la competitividad de la compañía en el segmento de sanos o para obtener una mayor comprensión del asegurado frente a la modificación de su prima).
- Realizar acciones de venta cruzada (Cross-selling) y de Up-selling.
- Creación de nuevos modelos de negocio basados en datos.

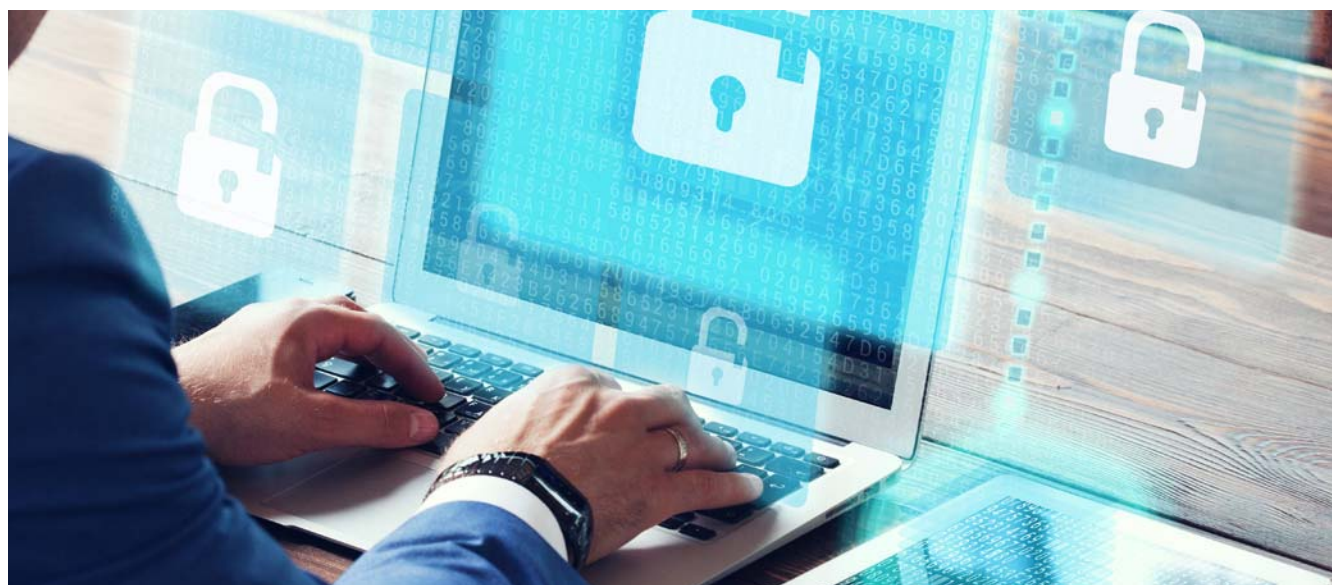
3. Protección de datos, privacidad y seguridad compatibles con el desarrollo del negocio.

Para tener una visión integral de lo que supone la gestión óptima de los datos en una aseguradora de salud en España, es imprescindible tener en cuenta también este tercer ámbito, que se refiere a **cómo hacer compatible las exigencias derivadas de la nueva regulación europea de protección de datos (RGPD o GDPR en sus siglas en inglés), su privacidad y su seguridad, con el desarrollo del propio negocio**, siendo responsables y transparentes en todo momento con sus clientes y proporcionándoles el trato rápido, diferencial y personalizado que requieren.

Las **principales acciones que proponemos a una aseguradora de salud en este ámbito** son:

- Cumplir cada una de las exigencias recogidas en el nuevo RGPD (entre otras: nombramiento de un DPO, adoptar medidas de seguridad adicionales, garantizar el “derecho al olvido” y a la portabilidad de los datos, informar de la existencia de fuga de datos, demostrar procesos y tecnología para proteger los datos y contar con el consentimiento expreso de los asegurados).
- Realizar acciones de transparencia en la gestión de los datos de los asegurados, de forma que en todo momento se les comuniqué qué se hace con ellos; en otras palabras, empoderar al asegurado para que decida en cada caso.
- Concienciar sobre la ciberseguridad en la compañía e implementar acciones para minimizar los riesgos, económicos y reputacionales, frente a incidentes reales o amenazas potenciales de la ciberdelincuencia.

Otro de los retos para las aseguradoras de salud de nuestro país es cómo hacer compatible las exigencias del nuevo RGPD, su privacidad y su seguridad con el desarrollo de su propio negocio



3.4. UNA PROPUESTA DE VALOR PARA LA SANIDAD Y LAS ASEGURADORAS DE SALUD DE NUESTRO PAÍS

LA PROPUESTA

Hoy en día estamos asistiendo a una auténtica **revolución en el ámbito de la salud**, a un **cambio de paradigma en la forma de prestar asistencia sanitaria**, provocado, entre otros factores, por los **cambios culturales, demográficos y sociales** (envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas, etc.), los **avances tecnológicos** y la **necesidad de garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema público de salud**.

Esta revolución está provocando que los responsables de la gestión sanitaria en España sitúen al paciente y a la ciudadanía en el centro de sus objetivos y actividades (se estima que un paciente empoderado presenta unos costes entre un 8 y un 21% inferiores, a la vez que incrementa el seguimiento y cuidado de su enfermedad³⁸).

En 2014 el gasto sanitario en España supuso el 9,1% del PIB. Asimismo, se consolida la tendencia de los últimos años de aumento del gasto sanitario privado en relación con el gasto sanitario total que pasó a ser de un 30,2% (29,1% en 2013) y se sigue produciendo una reducción del peso del gasto sanitario público que fue del 69,8% (70,9% en 2013). Por otra parte, la actividad de **la sanidad privada es cada vez más relevante en nuestro país contribuyendo a disminuir las listas de espera y al sostenimiento financiero de nuestro sistema público de salud** (en 2014 los hospitales privados llevaron a cabo el 29% de las intervenciones quirúrgicas, el 24% de las altas y el 23% de las urgencias; y también hay que destacar que en 2015 el sector sanitario privado en España contó con el 57% de los hospitales y con el 33% de las camas de nuestro país⁴²).

Hoy en día nadie pone en duda que **la sanidad privada se ha convertido en un importante y necesario aliado del sistema público de salud**, que se traduce en una **creciente colaboración público – privada** que se viene realizando a través de distintas fórmulas de larga tradición en nuestro país (conciertos entre los servicios regionales de salud y los centros privados, el mutualismo administrativo y las concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios sanitarios). Por tanto, consideramos que, en la construcción de un nuevo modelo del sistema de salud en nuestro país, no solo deben tener protagonismo los 17 servicios públicos de salud existentes, sino también la sanidad privada con una participación cada vez más relevante.

Precisamente, **la tecnología y la innovación fruto de la iniciativa y emprendimientos privados en sanidad están siendo determinantes para impulsar la transformación del sistema de salud en España**. Tecnologías, muchas de ellas ya citadas en el presente informe, como el cloud computing, movilidad, realidad virtual y aumentada, telemedicina, Internet de las Cosas (IoT), robótica, biometría, nanotecnología, blockchain, etc., y las más modernas técnicas de recogida, análisis y explotación masiva de datos (Big Data y Open Data), están siendo compañeras de viaje imprescindibles para acelerar este cambio de modelo.

38 y 42 AMETIC (Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales), FENIN (Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias) y SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud), 8 de marzo de 2016. *Hacia la transformación digital del sector de la salud: 10 medidas para su impulso*. Recuperado de <http://ametic.es/sites/default/files/LA%20TRANSFORMACION%20DIGITAL%20DEL%20SECTOR%20SALUD%20EN%20ESPAÑA%20202016.pdf>

Además, en este ámbito de gran complejidad hay que tener en cuenta que **el sector sanitario genera un enorme volumen de datos**. Datos, cuya gestión inteligente, como hemos puesto de manifiesto en el presente informe, es precisamente **uno de los vectores estratégicos sobre los que proponemos que debe pivotar no solo nuestro nuevo modelo sanitario, sino también la transformación de las aseguradoras de salud de nuestro país**. Por ello, en la propuesta de valor que describimos a continuación, **las aseguradoras de salud**, que también desarrollan su actividad en este contexto, sobre todo en lo que tiene relación con los seguros de prestación de servicios, sean estos de asistencia sanitaria o de reembolso de gastos médicos, **deben desempeñar un rol protagonista, junto a otras entidades privadas y públicas**.

Por lo expuesto, **con el fin de contribuir a este cambio de modelo sanitario en nuestro país**, y teniendo en cuenta que el presente informe está dedicado a la transformación digital de las aseguradoras de salud, a continuación proponemos la **creación de un Centro Nacional de Análisis de Datos para la Salud** que, con la denominación que se decida por parte de sus promotores y **bajo un modelo de participación y funcionamiento basado en la colaboración público – privada**, contribuya al **desarrollo efectivo de la denominada “Medicina Personalizada”, también llamada “Medicina de Precisión”, y en el que las aseguradoras de salud de nuestro país, como recomendamos, puedan tener una participación relevante tanto en su conformación como en su funcionamiento**.

Para lograr dicho objetivo, se requiere la utilización de las más modernas e innovadoras **técnicas de Big Data y Open Data**, que incluyan la Inteligencia Artificial y los algoritmos de aprendizaje de machine learning, **haciendo compatible su funcionamiento con las exigencias derivadas de la implantación en nuestro país del nuevo Reglamento de Protección de Datos europeo (RGPD)** a partir del próximo 25 de mayo de 2018 **y con la posibilidad de explotar su contenido por parte del conjunto de entidades, públicas y privadas, relacionadas con el ámbito de la salud para que puedan extraer todo el potencial aprendizaje que esta propuesta debe generar**.

Como publicó en 2011 el National Research Council (NCR) de Estados Unidos la **Medicina de Precisión** se puede definir como la “adaptación del tratamiento médico a las características individuales de cada paciente”⁴⁰.

Proponemos la creación de un Centro Nacional de Análisis de Datos para la Salud, bajo un modelo de colaboración público – privada, para contribuir al desarrollo de la denominada “Medicina Personalizada de Precisión (MPP)”

⁴⁰ National Research Council of the National Academies (2011). *Toward Precision Medicine. Building a Knowledge Network for Biomedical Research and New Taxonomy of Disease*.

El pasado mes de marzo de 2017, la **Fundación Instituto Roche**, publicó un documento con el nombre de **“Propuesta de recomendaciones para una Estrategia Estatal de Medicina Personalizada de Precisión”**. En dicha propuesta, elaborada por un grupo multidisciplinar de expertos españoles, se recogen un total de 56 recomendaciones distribuidas en 6 ámbitos de actuación, con el objetivo de **mejorar los resultados clínicos, la calidad y la cantidad de vida de los pacientes, racionalizar el gasto sanitario, así como posicionar a España en la vanguardia de la medicina del futuro**⁴¹.

En dicho documento, la Fundación Instituto Roche manifiesta su deseo de promover la utilización del término **“Medicina Personalizada de Precisión (MPP)”** entendida como la **“identificación y aplicación del abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico más efectivos para cada paciente utilizando como herramienta la Medicina de Precisión”** y continua diciendo que **“la MPP supone un cambio de paradigma en la forma de prestar la asistencia sanitaria, incorporando estrategias de diagnóstico y tratamiento más eficaces y seguras, y aportando soluciones para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios”**.

Los antecedentes de esta propuesta se encuentran en la “Iniciativa de Medicina de Precisión” (“Precision Medicine Initiative”) puesta en marcha en Estados Unidos por el expresidente Barak Obama en 2015

Precisamente, **este Centro Nacional de Análisis de Datos para la Salud** cuya creación proponemos, **sería un instrumento esencial para impulsar el desarrollo de la mencionada estrategia estatal de la Medicina Personalizada de Precisión (MPP)** y en la que, **dentro de un contexto de colaboración público - privada**, como ya hemos señalado, **debería contarse con la participación activa de las aseguradoras de salud de nuestro país**, que tienen un enorme potencial actual y futuro para recabar, almacenar y procesar datos sanitarios de sus asegurados – pacientes, con las necesarias garantías de anonimización y otras que se describirán más adelante.

Con ello, las aseguradoras de salud de nuestro país, además de lograr, entre otros beneficios, **la mejora de sus productos y servicios, y un descenso significativo de sus costes asistenciales, pueden contribuir de forma muy valiosa a este cambio de modelo que permita garantizar el sostenimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud** (teniendo en cuenta el número de asegurados existentes en España en 2016, se estima que el ahorro total generado al Sistema Nacional de Salud se sitúa en un rango de entre 4.471 y 8.847 millones de euros⁴²).

41 Belinchón, A.M. (24 de marzo de 2017). Medicina personalizada de precisión, el futuro de la asistencia sanitaria. EFE Salud. Recuperado de <http://www.efesalud.com/medicina-personalizada-futuro/>

42 IDIS - Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad” (marzo 2017). *Sanidad privada aportando valor. Análisis de situación 2017*, Madrid.

ANTECEDENTES

Los antecedentes de nuestra propuesta se encuentran en el plan conocido como **“Iniciativa de Medicina de Precisión”** (*“Precision Medicine Initiative”*) impulsado por el **expresidente de los Estados Unidos, Barak Obama**, el 29 de enero de 2015, que contó con una financiación para 2016 de 215 millones de dólares.

En palabras de Obama este plan **“Es la promesa de la medicina de precisión: ofrecer los tratamientos correctos, en el momento correcto, en todo momento a la persona correcta”**.

Según comunicó la Casa Blanca⁴³, su propósito es el desarrollo de un nuevo tipo de medicina *“impulsada por el paciente que promete acelerar los descubrimientos biomédicos y proveer al personal médico nuevas herramientas, conocimientos y terapias para seleccionar los tratamientos que mejor funcionarán con cada paciente”*. Para ello *“los participantes tendrán que suministrar sus registros médicos, información genética, metabólica y microorganismos dentro y fuera de su cuerpo, así como información ambiental y sobre sus estilos de vida”*.

Con dicho plan, se hace patente el anuncio que el expresidente Obama realizó en el mensaje del Estado de la Unión del 20 de enero de 2015: *“acercar a Estados Unidos a curar enfermedades como el cáncer y la diabetes, y nos da a todos acceso potencial a la información personalizada que necesitamos para mantenernos nosotros y a nuestras familias más sanos”*.

Para trabajar en dicha iniciativa, Obama designó al Dr. **DJ Patil**, como **Chief Data Scientist** de su gobierno⁴⁴, con el cometido, entre otros, de **utilizar el Big Data para mejorar la sanidad, dotar a las clínicas de las mejores herramientas, organizar, estructurar y seleccionar los datos médicos** (incidencia de las enfermedades, síntomas, investigaciones, etc.), **para mejorar el conocimiento, las terapias y seleccionar los tratamientos más adecuados para los pacientes, y para lograr llegar a una medicina personalizada**. Todo ello dentro de una **política de “Open Source” o de datos abiertos para todos**.

Como se ha puesto de manifiesto en el presente informe, **la denominada “Medicina Personalizada de Precisión (MPP)”**, debe ser incorporada en el núcleo de la actividad propia de las aseguradoras de salud de nuestro país, ya que el **Big Data – Open Data sanitario necesario para su desarrollo marcará la diferencia en la detección, prevención y tratamiento de las enfermedades** en los próximos años, haciendo que los **servicios médicos sean cada vez más eficientes, efectivos y personalizados, redundando, además, en una disminución de la incertidumbre en el manejo del riesgo al que dichas compañías dan cobertura**.



DONALD BERWICK,
*President Emeritus and Senior
Fellow, Institute for Healthcare
Improvement*

*“Las prácticas clínicas
inapropiadas consumen entre el
25% y el 33% de los presupuestos
sanitarios de todos los países del
mundo”*

⁴³ Rodríguez-Pardo, J.M. (2 de febrero de 2015). *Impulso a la Medicina Predictiva en los EEUU*. Blog Bioética y seguro. Recuperado de <http://bioeticayseguro.blogspot.com.es/2015/02/impulso-la-medicina-predictiva-en-los.html>

⁴⁴ www.consalud.es (4 de marzo de 2015). “Open source” o datos abiertos disponibles para todos – Big Data. Innomedix. Recuperado de <http://www.innomedix.es/wpim/big-data/>

La Agenda Digital para España www.agendadigital.gob.es y la Iniciativa Aporta www.datos.gob.es podrían ser los dos posibles marcos públicos de ámbito nacional necesarios para la creación y puesta en marcha del centro nacional de análisis de datos para la salud

Fuente: Donald Berwick, President Emeritus and Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement

POSIBLES MARCOS PARA SU CREACIÓN

La entidad propuesta podría desarrollar su actividad dentro de un **doble marco público de ámbito nacional**: por una parte, el relativo a la **Agenda Digital para España** www.agendadigital.gob.es y, por otro, al concerniente con la **Iniciativa Aporta** www.datos.gob.es, que describimos brevemente a continuación, y cuya creación y puesta en marcha recomendamos que debería ser **auspiciada e impulsada por el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad**, con la participación de otras entidades públicas y privadas españolas que desarrollan sus actividades en el ámbito de la salud y que deberían formar parte de su consejo rector.

Por una parte, la **Agenda Digital para España** (aprobada en Consejo de Ministros con fecha de 15 de febrero de 2013), **contiene la estrategia para desarrollar la economía y la sociedad digital en nuestro país** y es liderada conjuntamente por el Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital y por el Ministerio de Hacienda y Función Pública. En concreto, la entidad que proponemos se desarrollaría dentro del **Eje I – Programa de Salud y Bienestar Social del Plan de servicios públicos digitales**, que persigue favorecer y fomentar el uso más eficiente e intensivo de las TIC en el seno del Sistema Nacional de Salud, así como aprovechar el potencial tractor de los proyectos tecnológicos aplicados a la Sanidad para mejorar la competitividad del sector TIC.

Las **medidas** contempladas en el citado Eje I están **coordinadas con el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y con la Estrategia Nacional de Gestión de la Cronicidad, ámbitos de referencia establecidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** y sus objetivos tienen que ver con el **desarrollo de servicios sobre historial clínico digital y la receta electrónica**.

Asimismo, esta iniciativa debe relacionarse también con el **Objetivo 2 de la mencionada Agenda Digital para España: “Desarrollar la economía digital para el crecimiento, la competitividad y la internacionalización de la empresa española”** y, de forma específica, con dos de sus subobjetivos:

- El **subobjetivo 2.6** Potenciar las industrias del futuro, en lo relativo a **potenciar el desarrollo y uso de big data**.
- Y el **subobjetivo 2.7** Fortalecer la industria TIC mediante el desarrollo de proyectos tecnológicos en servicios públicos, en lo que concierne al **despliegue de servicios públicos digitales en los ámbitos de salud** (algunas de sus líneas de actuación son: el impulso al despliegue de la receta electrónica; desarrollo de servicios basados en la disponibilidad de la historia clínica digital en el Sistema Nacional de Salud; mejora de la calidad y eficiencia de las enfermedades crónicas mediante uso intensivo de las TIC; impulso a estándares para favorecer la interoperabilidad de las TIC sanitarias, la teleasistencia y la telemedicina; uso de los datos sanitarios respetando la privacidad y la protección de los mismos; desarrollo de sistemas de información que favorezcan la gestión de la investigación clínica con medicamentos y productos sanitarios; etc.).



Por otra parte, la entidad propuesta debería también desenvolverse en el marco de la **Iniciativa Aporta**, promovida por el Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital, a través de la Entidad Pública Empresarial Red.es, y en colaboración con el Ministerio de Hacienda y Función Pública, iniciada en 2009 con el fin de **promocionar la cultura de la apertura de información en España (Open Data)**. Nació con el objetivo de crear las condiciones para el **desarrollo del mercado de la reutilización de la información del sector público**, así como, **para dar apoyo a las unidades administrativas**, en las actividades técnicas y organizativas necesarias para que publiquen, de acuerdo con la legislación vigente y de la forma más amigable para su reutilización, la información de acceso no restringido que recogen.

Asimismo, dentro de las 7 líneas de actuación que conforman esta Iniciativa se encuentra específicamente una que contempla la **colaboración público – privada** para explotar el potencial socioeconómico de los datos abiertos, para lo que se ha constituido el denominado **“Foro de Colaboración Público – Privada sobre Reutilización de la Información del Sector Público” (Foro CPP-RISP)**.

OBJETIVOS

Para hacer frente a los retos actuales y futuros de este nuevo modelo sanitario en nuestro país, la entidad propuesta, con técnicas de Big Data – Open Data, debería cumplir, entre otros, los siguientes **objetivos**⁴⁵⁻⁴⁶:

- **Contribuir a potenciar la prevención y la salud pública** (se busca una medicina más proactiva y no tanto reactiva; se pretende retrasar la aparición de enfermedades, todo ello en un contexto de mayor responsabilidad del paciente en la gestión de su propia salud).
- **Favorecer la asistencia sanitaria a lo largo de la vida del paciente y mejorar la calidad de los servicios de salud**, mediante, entre otras medidas, posibilitar el acceso a la información sobre salud de las personas.
- **Contribuir a la racionalización del gasto sanitario y a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.**
- **Impulsar y facilitar la investigación, la innovación y la evaluación en el ámbito de la salud**, mediante la generación de datos que permitan anticipar y desarrollar nuevas líneas de trabajo.
- **Lograr una mayor coordinación socio-sanitaria, favoreciendo además una creciente colaboración público – privada**, que permita un mayor y más efectivo trasvase de datos. En este ámbito, y dado el objeto del presente informe, consideramos que sería muy útil **promover de forma activa la colaboración de las aseguradoras de salud de nuestro país con las insurtech**, con el fin de impulsar la innovación y el uso de nuevas soluciones tecnológicas que contribuyan a la mejora de la sanidad en nuestro país.
- **Establecer los criterios, normas operacionales y requerimientos básicos que deben cumplir los distintos sistemas e infraestructuras tecnológicas para garantizar la interoperabilidad de los datos sanitarios** entre las diferentes entidades públicas y privadas participantes, **haciendo compatible la explotación de los mismos con el cumplimiento en todo momento de la normativa aplicable y los principios éticos que garanticen el respeto de los derechos de los pacientes.**
- **Convertirse en un centro de referencia y prestigio internacional en el desarrollo de la denominada Medicina Personalizada de Precisión (MPP)**, posicionando a España en la vanguardia de este tipo de servicios digitales de alto valor añadido, todo ello dentro de las estrategias de la Comisión Europea para impulsar la reutilización de datos sanitarios.

45 Andreu Martínez, M. B. (2017). *Open Data en el ámbito sanitario y su compatibilidad con la privacidad del paciente*. Recuperado de <http://ojs.imodev.org/index.php/RIGO/article/view/200/330>

46 Fundación Instituto Roche (marzo de 2017). *Propuesta de recomendaciones para una Estrategia Estatal de Medicina Personalizada de Precisión*, Madrid. www.instituto-roche.es

BARRERAS

Para acometer la creación e implantación en España de una entidad como la que proponemos, es preciso tener en cuenta también las barreras u obstáculos a los que se enfrenta. Entre otras⁴⁷⁻⁴⁸:

- **Barreras institucionales, burocráticas y culturales:** Tenemos que tener en cuenta que, aunque en España hay algunas iniciativas de Open Data, la ley de transparencia y acceso a la información pública es de 2013 por lo que todavía no hay una cultura de datos abiertos lo que, unido a la delicada naturaleza de los datos sanitarios y a la gran disparidad de fuentes de que proceden, puede dificultar la necesaria coordinación entre las distintas administraciones (estatal y autonómicas), los proveedores de salud y los pacientes para adaptarse a esta nueva forma de recolectar y utilizar esta información.
- **Barreras técnicas, relacionadas con los estándares que se adopten y la interoperabilidad de los datos:** A este respecto, se habla de la necesaria “liquidez de los datos”, es decir, de que se empleen plataformas tecnológicas que, con los estándares establecidos, permitan que los datos se trasvasen de forma fácil y fluida entre las entidades públicas y privadas que intervienen en la asistencia sanitaria y entre los propios pacientes.
- **Barreras legales.** Como se ha mencionado, la explotación de los datos sanitarios debe realizarse con respeto a la nueva normativa europea de protección de datos, los principios éticos y el respeto a los derechos de los pacientes, garantizando en todo momento la transparencia de los procesos y, en definitiva, contribuyendo al mantenimiento y fortalecimiento de la confianza en el sistema de salud, aspecto indispensable para su buen funcionamiento.
- **Barreras formativas.** Es evidente que disponer de muchos datos sanitarios, aunque estos sean de calidad, no es suficiente, sino que es imprescindible hacer un “buen análisis” de los mismos para tomar las decisiones adecuadas en cada momento, lo que requiere contar con profesionales con las capacidades y conocimientos necesarios para generar conocimiento útil para la gestión y la práctica clínica (estadísticos, ingenieros de datos, especialistas en machine learning, en visualización de datos, etc.).

47 Andreu Martínez, M. B. (2017). *Open Data en el ámbito sanitario y su compatibilidad con la privacidad del paciente*. Recuperado de <http://ojs.imodev.org/index.php/RIGO/article/view/200/330>

48 Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud. Número 118, septiembre 2016. *Transformación Digital del Sector Salud*. Madrid: Editorial MIC. Recuperado de <http://www.seis.es/imagenes/REVISTAS/118.pdf>

BENEFICIOS

Como se ha indicado, **la apertura de datos (Open Data) y su reutilización**, el uso cada vez más frecuente de aplicaciones sobre salud y bienestar, biosensores, wearables, insideables, realidad virtual, etc., así como la utilización de avanzadas técnicas de Big Data – Open Data, suponen una auténtica revolución en el sector sanitario y **generan numerosos beneficios tanto para las administraciones públicas, como para los ciudadanos y las empresas.**

- **Para las administraciones públicas** la creación del Centro Nacional de Análisis de Datos para la Salud supondrá, entre otros beneficios, una **mejora en la toma de sus decisiones en materia sanitaria, incrementando la eficiencia y calidad de los respectivos sistemas públicos de salud, mejorar la planificación y asignación de sus recursos, adoptar medidas preventivas más eficaces y reducir de forma significativa sus costes**, lo que contribuirá a garantizar su sostenibilidad, cada vez más comprometido por el incremento continuado de los costes asistenciales, y mejorar la transparencia y confianza en la gestión pública.
- **Para los ciudadanos** supondrá **estar más y mejor informados, estar más involucrados en la toma de decisiones** (“empoderamiento” del paciente), lo que redundará en una mejor respuesta a los tratamientos recibidos, en una mejora de la calidad e idoneidad de los servicios que le presta el sistema sanitario y, por tanto, en una mayor satisfacción por su parte.
- **Para las empresas**, cuya actividad esté directa o indirectamente relacionada con el sector sanitario, **como las aseguradoras de salud** (las farmacéuticas y otras), supondrá contar con una gestión inteligente, abierta y reutilizada de los datos de salud que, de forma totalmente anonimizada y desidentificada, cumpliendo para ello escrupulosamente la normativa en materia de protección de datos de carácter personal y con los debidos controles, les permita, como se han indicado en el presente informe, tener una visión 360º de sus clientes-pacientes-asegurados actuales y potenciales, optimizar sus procesos, mejorar en la eficiencia de sus operaciones y servicios, reducir sus costes, diseñar nuevos productos y servicios personalizados e incluso nuevos modelos de negocio, potenciando con todo ello la innovación continua y el proceso de transformación digital de este segmento del seguro en nuestro país.

COMPATIBILIDAD CON LA NUEVA REGULACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS

Como se ha puesto de manifiesto en el presente informe, **el sector sanitario genera una ingente cantidad de datos** (asistenciales, administrativos, de costes y otros). **Big Data** que, en su mayor parte, está **concentrado en manos de las distintas administraciones públicas de nuestro país**, y con el que actualmente desarrollan distintas iniciativas de Open Data y reutilización, **pero que también, y de forma cada vez más importante, son generados por otros proveedores privados relacionados con la industria de la salud, como los hospitales, laboratorios y centros de investigación, las farmacéuticas y las propias aseguradoras de salud**. Asimismo, también están creciendo de forma exponencial los **datos obtenidos de multitud de aplicaciones sobre salud y bienestar, y de todo tipo de biosensores, wearables e insideables (Internet of Things)**.

Además, dado el **carácter de “datos especiales”** que el nuevo Reglamento de Protección de Datos europeo (RGPD – Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril de 2016) **otorga a los datos sanitarios**, no solo incorporando por primera vez una definición de datos de salud (entre los que también por primera vez se encuentran los genéticos y biométricos), sino también ampliando las exigencias y garantías respecto de su utilización en materia de protección y privacidad, hace que **el centro nacional de análisis de datos para la salud propuesto deba cumplir escrupulosamente con lo dispuesto en esta nueva normativa de obligado cumplimiento a partir del próximo 25 de mayo de 2018**.

Por su parte, y en línea con la nueva normativa europea citada, la **Agencia Española de Protección de Datos (AEPD)**, en distintos documentos sobre la reutilización de datos del sector público⁴⁹, con el fin de favorecer dicha reutilización y minimizar los riesgos, opta por la **anonimización** como fórmula para compatibilizar ambos derechos, si bien se exige que se haga una **evaluación de los riesgos de reidentificación**, partiendo de la necesidad de poner en valor la información y de la aceptación de que el anonimato absoluto no es posible⁵⁰.

Según la AEPD, la existencia de dichos riesgos no debe excluir la posibilidad de su reutilización pública, impulsada por la normativa europea, sino que **deben aplicarse garantías jurídicas adicionales** (evaluación periódica de los riesgos de reidentificación, auditorías sobre el uso de la información reutilizada, la obligación de notificar al organismo público sobre la posibilidad de reidentificación, medidas coercitivas como las penalizaciones económicas o la posibilidad de suspender o impedir la reutilización de documentos)⁵¹.

49 Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Orientaciones sobre protección de datos en la reutilización de la información del sector público. Orientaciones y garantías en los procedimientos de anonimización de datos personales. www.aepd.es

50 Andreu Martínez, M. B. (2017). Open Data en el ámbito sanitario y su compatibilidad con la privacidad del paciente. Recuperado de <http://ojs.imodev.org/index.php/RIGO/article/view/200/330>

51 Andreu Martínez, M. B. (2017). Open Data en el ámbito sanitario y su compatibilidad con la privacidad del paciente. Recuperado de <http://ojs.imodev.org/index.php/RIGO/article/view/200/330>

Para cumplir con dichas garantías adicionales, y dado el carácter de “datos especiales” que la nueva normativa otorga a los datos sanitarios, se considera que, entre las distintas fórmulas de reutilización de la información pública que prevé la normativa en esta materia, la **concesión de licencias específicas** podría ser la más adecuada, frente a la tendencia también amparada por la legislación de obtener la información de un portal de datos abiertos. En dichas licencias específicas **deberá incluirse información sobre la finalidad específica para la que se autoriza la reutilización, si es comercial o no, duración de la misma, obligaciones por parte del beneficiario y de la entidad concedente, etc.**

No obstante, como se pone de manifiesto en el documento de la AEPD **“Orientaciones y garantías en los procedimientos de anonimización de datos personales”**⁵², en el que se establecen de forma detallada los principios de anonimización, fases del procedimiento, formación e información del personal implicado, garantías, auditorías del proceso, etc., se señala que **no es posible garantizar al 100% el anonimato absoluto** por lo que, además, habrá que fortalecer dicha anonimización con **medidas adicionales que permitan minimizar los riesgos: evaluaciones de impacto, organizativas, de seguridad, tecnológicas, etc.**

En este punto, es preciso tener en cuenta la principal experiencia realizada en España en materia de apertura de datos de salud que es el denominado **proyecto PADRIS – Programa público de análisis de datos para la investigación y la innovación en salud**, gestionado por la Agencia de Calidad y Evaluaciones Sanitarias del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña⁵³

Como se recoge en la web oficial del programa PADRIS http://aquas.gencat.cat/es/projectes/analitica_dades/: **“El Programa público de analítica de datos para la investigación y la innovación en salud (PADRIS) tiene la misión de poner a disposición de la comunidad científica los datos sanitarios relacionados para impulsar la investigación, la innovación y la evaluación en salud mediante el acceso a la reutilización y cruce de los datos sanitarios generados por el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), de acuerdo con el marco legal y normativo, los principios éticos y de transparencia del Programa hacia la ciudadanía.**

En palabras del Director de la Agencia de Calidad y Evaluaciones Sanitarias de Cataluña (AQuAS en sus siglas en catalán), Toni Dedeu, en la presentación del proyecto PADRIS el pasado 12 de enero de 2017, el objetivo de dicho programa es que **“los datos de salud de los ciudadanos vuelvan a los ciudadanos”** traducidos en **“mejoras en la calidad de vida y salud de los ciudadanos”, además de contribuir a la “eficiencia sanitaria y del sistema de investigación catalán bajo las máximas garantías éticas”**⁵⁴.

Este proyecto **dirigido exclusivamente a la comunidad científica tiene como destinatarios centros de investigación acreditados, agentes del sistema sanitario de utilización pública catalana, centros de investigación universitarios públicos y la propia administración sanitaria de Cataluña.** Por tanto, **excluye a todas aquellas empresas y entidades de naturaleza privada** que, como se ha indicado, tienen cada vez más protagonismo en el ámbito sanitario **como son los hospitales, laboratorios y centros de investigación, las farmacéuticas y las propias aseguradoras de salud** que, sin duda, contribuyen de forma muy notable al sostenimiento del sistema público de salud, también en Cataluña, y a una mejora de la calidad de los servicios asistenciales.

Por el contrario, el **Centro Nacional de Análisis de Datos para la Salud** que proponemos, compartiendo también la mayoría de objetivos y garantías legales y éticas del proyecto PADRIS, **tendría una dimensión más global e integradora al incorporar en su estructura no solo a entidades públicas, sino también a las empresas y entidades privadas citadas de toda España** (incluyendo a las universidades y otros centros de investigación privados), **que puedan aportar y tener intereses legítimos en el tratamiento de estos datos sanitarios**, más allá de los puramente mercantiles, y, por supuesto, como no podría ser de otra forma, dado el objeto del presente informe, **dando el lugar que merece a las aseguradoras de salud de nuestro país.**

52 Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). *Orientaciones y garantías en los procedimientos de anonimización de datos personales*. www.aepd.es

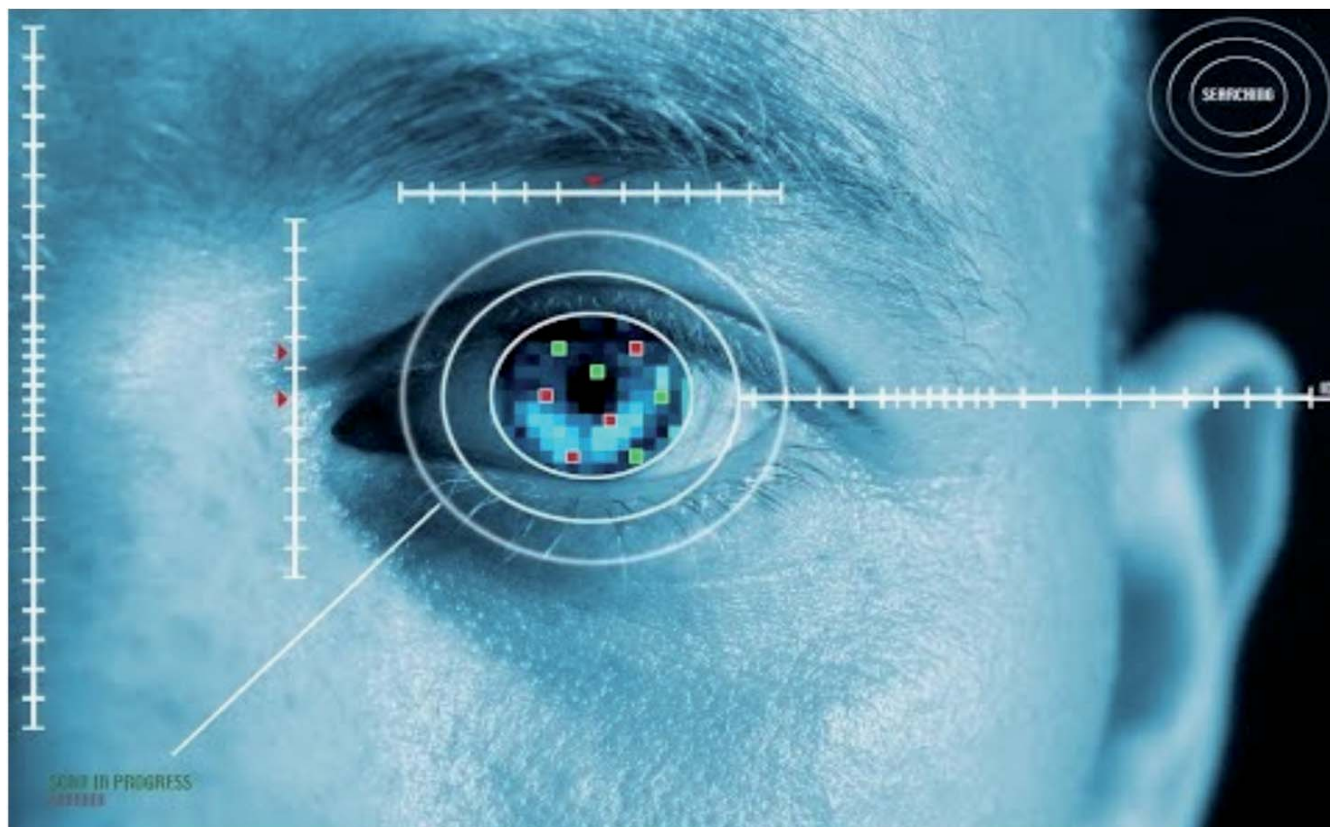
53 PADRIS – Programa público de análisis de datos para la investigación y la innovación en salud de Cataluña. http://aquas.gencat.cat/es/projectes/analitica_dades/

54 EFE (12 de enero de 2017). Salud rebautiza su proyecto de facilitar datos sanitarios para investigación. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/politica/20170112/413306310022/salud-rebautiza-su-proyecto-visc-de-datos-sanitarios-y-vuelve-a-presentarlo.html>

Estamos convencidos de que, **la apertura de datos en el sector sanitario es imparable y cuenta con el apoyo legislativo necesario**, dados los claros beneficios ya mencionados que tiene para lograr una gestión más eficiente, una mejora de la calidad de los servicios, reducción de costes, impulso a la innovación e investigación y, en definitiva, una mayor satisfacción de los ciudadanos con nuestro sistema de salud.

Para todo ello, consideramos necesario **potenciar la transparencia y utilizar los mecanismos previstos por la legislación que garanticen la anonimización de los datos sanitarios, reduciendo así los riesgos de reidentificación, de usos ilícitos, etc., y establecer los controles necesarios a la hora de determinar quién, en qué condiciones y para qué puede acceder a este Big Data sanitario de ámbito nacional**⁵⁵.

Creemos firmemente, que solo desde un modelo amplio, consensuado, eficaz, efectivo y despolitizado de cooperación público-privada, la presente propuesta para la creación de un centro nacional de análisis de datos para la salud, podría ser de utilidad tanto para nuestro Sistema Nacional de Salud y para las empresas que prestan sus servicios en este ámbito, como, en definitiva, lo que es más importante, para todos los ciudadanos de nuestro país.



⁵⁵ Andreu Martínez, M. B. (2017). Open Data en el ámbito sanitario y su compatibilidad con la privacidad del paciente. Recuperado de <http://ojs.imodev.org/index.php/RIGO/article/view/200/330>

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este informe no hubiera sido posible sin la colaboración de algunos de los expertos más representativos del sector, que nos han aportado una visión completa del negocio y nos han orientado a entender los retos a los que se enfrenta en el presente y futuro más inmediato del segmento del seguro de salud en nuestro país.

Nuestro sincero agradecimiento a todos y cada uno de ellos por su tiempo y generosidad.

COLABORADORES

Fernando Acevedo,

Managing Director Insurance Lead Spain, Portugal, Africa and Israel, ACCENTURE

Jaime del Barrio,

Presidente Asociación Salud Digital y Senior advisor en Healthcare and Life Sciences, EY

Juan José Casado,

Data & Analytics Corporate Director, Sanitas.

Pedro Díaz Yuste,

Digital Health Director, MAPFRE

Carlos Falcato,

Fundador de la HealthVolution en SaludOnNet Global Market

Francisco Luis Fernández Pinilla,

Head of Digital Transformation at Insurance Market, Sopra Steria

Juan José Güemes,

Chairman Entrepreneurship & Innovation, IE

África Hernández,

Responsable de Captación de Clientes, Aegon Seguros

Elena Juárez,

Director of Health Quality, Sanitas

Beatriz Lázaro

Omnichannel & Digital Transformation Strategy, Aegon Seguros

Antonio Martín,

Director de Estudios y TI , ICEA

Ignacio Migoya,

Strategy and Operations Consulting, Minsait-INDRA

Sergio Real Campos,

Director Técnica, santalucía Seguros

Ángel Uzquiza,

Director de Innovación, santalucía Seguros

Asimismo, queremos reconocer a todos los clientes de seguros salud a los que hemos entrevistado por haber querido compartir sus experiencias, y aportar sugerencias sobre cómo debe ser la relación de una aseguradora con sus clientes.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS

LEGISLACIÓN:

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). DOUE núm. 119, de 4 de mayo de 2016.

INFORMES:

- PWC (2010). *Talent mobility: 2020 and beyond*.
- National Research Council of the National Academies (2011). *Toward Precision Medicine. Building a Knowledge Network for Biomedical Research and New Taxonomy of Disease*.
- PWC (2011). *Millennials at work: Reshaping the workplace*.
- PWC (2013). *Trabajar en España en 2033*.
- PWC (2013). *Next Gen: A global generational study*.
- PWC (2014). *Insurance 2020: The digital prize – Taking customer connection to a new level* www.pwc.com/insurance
- PWC (2014). *Insurance 2020: The digital prize: Taking customer connection to a new level*.
- EY (2015). *The future of health insurance. A road map through change*.
- ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones). *Informe de Salud 2015*, Madrid
- UNESPA (2016). *Guía de Buenas Prácticas en la Contratación de un Seguro de Salud*.
- INFODESE (2016). *La distribución de seguros. Canales y características*.
- ACCENTURE (2016). *Why Artificial Intelligence is the future of growth* by Mark Purdy and Paul Daugherty.
- RANSTAD RESEARCH (2016): *La digitalización: ¿crea o destruye empleo?*
- WORLD ECONOMIC FORUM (enero de 2016). *The future of Jobs: Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution*.
- AMETIC (Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales), FENIN (Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias) y SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud), 8 de marzo de 2016. *Hacia la transformación digital del sector de la salud: 10 medidas para su impulso*. Recuperado de <http://ametic.es/sites/default/files/LA%20TRANSFORMACION%20DIGITAL%20DEL%20SECTOR%20SALUD%20EN%20ESPAÑA%20%202016.pdf>
- UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro (mayo 2016). *Memoria Social del Seguro 2015*, Madrid.
- Ministerio de Economía y Competitividad. Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (junio 2016). *Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2015*, Madrid.
- Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios (julio 2016). *El mercado español de seguros en 2015*, Madrid.
- EVERIS (julio 2016). *Resumen Ejecutivo Panorama Insurtech 2016*, Madrid.
- Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud. Número 118, septiembre 2016. *Transformación Digital del Sector Salud*. Madrid: Editorial MIC.
- Recuperado de <http://www.seis.es/imagenes/REVISTAS/118.pdf>
- AON (octubre de 2016). *Perspectivas del mercado asegurador de salud para 2017*.
- MERCO (diciembre de 2016). *Monitor de reputación sanitaria (MRS)*. Revisión independiente por parte de KMPG bajo la Norma ISAE 3000.
- DITENDRIA (2017). *Informe Tendencias de Marketing Entidades Financieras y Aseguradoras*.
- EY (2017). *European insurance outlook*.
- ACCENTURE (2017). *Technology Vision for Insurance 2017. Full Report*.
- ACCENTURE (2017). *Amplifyou. Technology for people. The Era of the Intelligent Enterprise*. Technology Vision 2017.
- CAP GEMINITY (2017). *Top 10 Trends in Insurance in 2017*.
- DELOITTE (2017). *Perspectiva global 2017 del cuidado de la salud. Avanzando contra retos persistentes*.
- MERCO (2017). *Informe Merco Empresas 2017*.
- Fundación MAPFRE (2017). *Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable. Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España*.
- COMMUNITY OF INSURANCE (2017). *Perspectivas del seguro español en 2017: La visión de 19 dirigentes del seguro español* www.communityofinsurance.es
- PwC y Centre for the Study of financial Innovation (2017). *Informe Insurance Banana Skins 2017*.
- Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios (enero 2017). *Panorama económico y sectorial 2017*, Madrid.
- CISCO (enero de 2017). *Digital Transformation for the Insurance Industry. Unleash Your Next-Generation Financial Services*.
- EVERIS (8 de febrero de 2017). *Hacia la organización digital*.
- IDIS – Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad” (marzo 2017). *Sanidad privada aportando valor. Análisis de situación 2017*, Madrid.

Fundación Instituto Roche (marzo de 2017). *Propuesta de recomendaciones para una Estrategia Estatal de Medicina Personalizada de Precisión*, Madrid. www.instituto-roche.es

MCKINSEY (marzo de 2017). *Digital disruption in insurance: Cutting through the noise*.

INESE. Revista Actualidad Aseguradora. Número abril 2017.

IDIS (abril de 2017). *Barómetro de la Sanidad Privada*.

ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones). Abril de 2017. *Anuario del Sector Asegurador. Datos 2016*, Madrid.

Ministerio de Economía y Competitividad. Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (junio 2017). *Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2016*, Madrid.

Fundación MAPFRE, Servicio de Estudios (junio 2017). *El mercado español de seguros en 2016*, Madrid.

UNESPA – Asociación Empresarial del Seguro (junio 2017). *Memoria Social del Seguro 2016*, Madrid.

MINSAIT by INDRA (junio 2017). *De la atención al cliente a la relación con el cliente. El nuevo Customer Service del sector asegurador*, Madrid.

PHILIPS, con apoyo de MIT Technology Review (22 de junio de 2017). *Future Health Index España 2017*.

ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones). *Crecimiento del Sector Asegurador por Ramos y Modalidades. Enero a agosto de 2017*, Madrid

MINSAIT by INDRA (2017). *El sector del seguro, la transformación hacia el risk management integral y personalizado. Tendencias del sector asegurador 2017*.

INE (Instituto Nacional de Estadística). *Contabilidad Nacional Trimestral en España, Base 2010*.

Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). *Orientaciones sobre protección de datos en la reutilización de la información del sector público*. www.aepd.es

Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). *Orientaciones y garantías en los procedimientos de anonimización de datos personales*. www.aepd.es

PADRIIS – Programa público de análisis de datos para la investigación y la innovación en salud de Cataluña. http://aquas.gencat.cat/es/projectes/analitica_dades/

OgilvyRED. Understanding Blockchain <https://www.slideshare.net/socialogilvy/understanding-blockchain-72744959>

JORNADAS / CONGRESOS, ETC.:

Arraiza Armendáriz, A., Director de Asistencia Sanitaria del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Foro Sanitas 2016 sobre Big Data y Medicina de Precisión, 17 de noviembre de 2016.

Del Barrio, J., Presidente de la Asociación Salud Digital. Foro Sanitas 2016 sobre Big Data y Medicina de Precisión, 17 de noviembre de 2016.

Murillo, J., Consejero – Director General de SegurCaixa Adeslas. Jornadas sobre Perspectivas del Seguro y la Economía para el año 2017, 24 de enero de 2017.

II Encuentro Asociación Salud Digital, 6 de julio de 2017.

ARTÍCULOS DE PRENSA EN LÍNEA:

www.consalud.es (4 de marzo de 2015). “Open source” o datos abiertos disponibles para todos – Big Data. *Innomedix*. Recuperado de <http://www.innomedix.es/wpim/big-data/>

Ayén, X. (09 de agosto de 2015). Vamos a ser inmortales. *La Vanguardia*. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/cultura/20150809/54435718128/vamos-ser-inmortales.html>

Rodríguez-Ponga, F. (nº 28, 5 de octubre de 2015). Nuevo marco jurídico europeo para el seguro. *El Nuevo Lunes*. Recuperado de www.elnuevolunes.es/historico/2015/1612/1612Rating_Seguros.pdf

Arrieta, E. (19 de enero de 2016). Sanitas puede ser tan ágil como una start up. *Expansión*. Recuperado de <http://www.expansion.com/economia-digital/protagonistas/2016/01/19/569d3cfcca4741a8408b45be.html>

Moreno Mendieta, M. (27 de enero de 2016). Adeslas y Sanitas las más baratas en seguros de salud. *Cinco Días*. Recuperado de https://cincodias.elpais.com/cincodias/2016/01/25/mercados/1453735372_582824.html

Prieto, M. (14 de marzo de 2016). Sanitas: No vale cualquier proveedor de la nube. *Expansión*. Recuperado de: <http://www.expansion.com/economia-digital/protagonistas/2016/03/14/56e31a81e2704e5b498b45c1.html>

Plasencia, A. (18 de octubre de 2016). De la medicina de precisión a la exponencial, el fenómeno Kanteron. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/economia/2016/10/11/57fca34946163f49248b4621.html>

Torrego, J.M. (19 de diciembre de 2016). El sector Insurtech, la revolución tecnológica en el mundo de los seguros. *El Referente*. Recuperado de <http://www.elreferente.es/tecnologicos/ecosistema-insurtech-espana-30453>

EFE (12 de enero de 2017). Salud rebautiza su proyecto de facilitar datos sanitarios para investigación. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/politica/20170112/413306310022/salud-rebautiza-su-proyecto-visc-de-datos-sanitarios-y-vuelve-a-presentarlo.html>

- Valero, M. (16 de enero de 2017). Boom de los seguros médicos privados (y de sus precios) a pesar de la crisis. *El Confidencial*. Recuperado de http://www.elconfidencial.com/economia/2017-01-16/segueros-medicos-privados-sanidad-primas_1316138/
- De Barrón, I. (25 de enero de 2017). El sector asegurador obtiene un récord de facturación. *El País*. Recuperado de http://economia.elpais.com/economia/2017/01/24/actualidad/1485296720_354534.html
- Amigo, A. (15 de febrero de 2017). El IoT permitirá entender mejor al cliente y ayudará a personalizar el seguro. Recuperado de: <http://www.grupoaseguranza.com/noticias-de-segueros/iot-permitira-entender-mejor-cliente-ayudara-personalizar-seguro>
- Contreras, E. (20 de febrero de 2017). El negocio asegurador no es rentable para el 40 % de la industria. *El Economista*. Recuperado de <http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/8166933/02/17/El-40-de-la-industria-aseguradora-se-encuentra-en-perdidas.html>
- Velasco, G. (14 de marzo de 2017). El complejo y desafiante futuro del Seguro de Salud. *Capital Madrid*. Recuperado de <https://www.capitalmadrid.com/2017/3/14/45506/el-complejo-y-desafiante-futuro-del-seguro-de-salud.html>
- De Barrón, I. (14 de marzo de 2017). El seguro de salud crece por el temor a las listas de espera y la contratación de empresas. *El País*. Recuperado de http://economia.elpais.com/economia/2017/03/10/actualidad/1489165676_284991.html
- Belinchón, A.M. (24 de marzo de 2017). Medicina personalizada de precisión, el futuro de la asistencia sanitaria. *EFE Salud*. Recuperado de <http://www.efesalud.com/medicina-personalizada-futuro/>
- Marqués, J. y Vigario A. (6 de abril de 2017). El seguro de salud no para de crecer: ya lo tienen 10 millones de españoles. *El Economista*. Recuperado de <http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/8276257/04/17/El-seguro-de-salud-no-para-de-crecer-ya-lo-tienen-10-millones-de-espanoles.html>
- G. Fernández, J. (27 de junio de 2017). Big Data, la tecnología que va a revolucionar el sector sanitario. *Expansión*. Recuperado de <http://www.expansion.com/economia-digital/innovacion/2017/06/29/5954d851e2704eae058b4667.html>
- Jiménez, M. (30 de junio de 2017). Es la hora de las empresas con algoritmos inteligentes. *Cinco Días*. Recuperado de https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/06/29/companias/1498744577_918325.html
- Rivas Moreno, S. (4 de julio de 2017). Sector seguros: renovarse o dejarse morir. *Cinco Días*. Recuperado de: https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/07/03/companias/1499075813_798850.html
- Domínguez, N. (9 de julio de 2017). La discriminación genética es ya una realidad en todo el mundo. Entrevista a Steven Lipkin. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2017/07/06/ciencia/1499355309_012697.html
- Kastelein, R. (23 de agosto de 2017). Medicalchain – first UK-based Company to bring Blockchain Technology to the Healthcare Industry Announced ICO. Recuperado de: <http://www.the-blockchain.com/2017/08/23/medicalchain-first-uk-based-company-bring-blockchain-technology-healthcare-industry-announced-ico/>
- Moreno Mendieta, M. (14 de septiembre de 2017). Línea Directa rompe el mercado de seguros de salud con pólizas a 14 euros. *Cinco Días*. Recuperado de https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/09/13/companias/1505298723_525810.html?por=mosaico
- Sánchez, L. (21 de octubre de 2017). Se constituye el consorcio Alastria para desarrollar el ecosistema de blockchain en España. Recuperado de: <https://confilegal.com/20171021-se-constituye-el-consorcio-alastria-para-desarrollar-el-ecosistema-de-blockchain-en-espana/>
- Andreu Martínez, M. B. (2017). Open Data en el ámbito sanitario y su compatibilidad con la privacidad del paciente. Recuperado de <http://ojs.imodev.org/index.php/RIGO/article/view/200/330>

BLOGS:

- Rodríguez-Pardo, J.M. (2 de febrero de 2015). *Impulso a la Medicina Predictiva en los EEUU*. Blog Bioética y seguro. Recuperado de <http://bioeticayseguro.blogspot.com.es/2015/02/impulso-la-medicina-predictiva-en-los.html>
- Maldonado, S. (10 de diciembre 2015). *Marketing Data Technology: en el ojo del huracán*. Blog Divisadero. Recuperado de <http://www.divisadero.es/marketing-data-technology-en-el-ojo-del-huracan/>
- Blog Marketing SGM: (02 de marzo de 2016). *Redes sociales en el sector salud*. Recuperado de: <http://www.marketingsgm.es/redes-sociales-sector-la-salud/>
- Mora, L. (31 de mayo de 2016). *Qué es Big Data: fases y elementos*. Blog Veinteractive. Recuperado de <https://www.veinteractive.com/es/blog/que-es-big-data-fases-elementos/>
- Del Barrio, J. (12 de julio de 2016). *El nuevo Reglamento General de Protección de Datos ya está en vigor*. Blog de la Asociación Salud Digital. Recuperado de <http://salud-digital.es/2016/07/12/el-nuevo-reglamento-general-de-proteccion-de-datos-ya-esta-en-vigor/>
- Arcos Rivera, T. (2 de noviembre de 2016). *Las 10 aplicaciones más útiles de Big Data para seguros*. Blog de Future Space. Recuperado de <https://bites.futurespace.es/2016/11/02/las10aplicacionesmasutilesdebigdataparaseguros/>

- Blog de SANITAS (17 de noviembre de 2016). *Predecir enfermedades y personalizar tratamientos, los principales beneficios del Big Data en la salud*. Recuperado de <http://corporativo.sanitas.es/predecir-enfermedades-y-personalizar-tratamientos-los-principales-beneficios-del-big-data-en-la-salud/>
- Biurrun, C. (25 de enero de 2017). *El mercado de seguros 2016 crece a velocidad de crucero (Entrada de blog de Community of Insurance)*. Recuperado de <http://communityofinsurance.es/blog/2017/01/25/mercado-seguros-2016-crece-velocidad-crucero/>
- Blog Hortonworks: (01 de febrero de 2017). *Machine Learning & Its Impact in the future for insurance* Recuperado de: <https://es.hortonworks.com/blog/machine-learning-impact-future-insurance/>
- Blog de T-SYSTEM (22 de febrero de 2017). *Big Data – automatización*. Recuperado de <https://www.t-systemsblog.es/big-data-automatizacion/>
- Blog Innovando: (22 de mayo de 2017). *Los lobos ya están aquí estamos llegando a la singularidad*. Recuperado de: <http://www.innovan.do/2017/05/22/los-lobos-ya-estan-aqui-estamos-llegando-a-la-singularidad-en-el-contact-center/>
- Blog Comparador de Seguros de Salud: *Presupuestos.es (junio 2017) Ranking de los mejores seguros de salud en 2016*. Recuperado de <http://www.segurosdesalud-presupuestos.es/guias/mejores-seguros-salud-rankings>
- Blog Soul Machines: (09 de julio de 2017). *Face-to-Face with a Digital Human* Recuperado de: <https://www.soulmachines.com/blog/2017/7/9/face-to-face-with-a-digital-human>
- Blog Aseguranza: (11 de septiembre de 2017). *15 entidades se alían para analizar el uso de la tecnología blockchain en el seguro*. Recuperado de: <http://www.grupoaseguranza.com/noticias-de-seguros/n-15-entidades-alian-para-analizar-uso-tecnologia-blockchain>
- Blog MIT Technology Review - Opinno (12 de octubre de 2017). *Blockchain, la tecnología estrella para gestionar los datos sanitarios*. Recuperado de: <https://www.technologyreview.es/s/9603/blockchain-la-tecnologia-estrella-para-gestionar-los-datos-sanitarios>



Informe realizado por alumnos de la segunda promoción
del Programa de Dirección en Transformación Digital de IE Business School

www.ie.edu/pdtd