

Situación Seguros

Julio 2019



Índice

1. Previsiones macroeconómicas de la economía española y del sector de seguros	3
2. Coche del futuro y sus impactos sobre el sector asegurador	5
3. El estado de salud de la población española y los seguros de salud	12
4. Análisis de la situación del sector de seguros mediante la Encuesta de expertos del BBVA.....	25

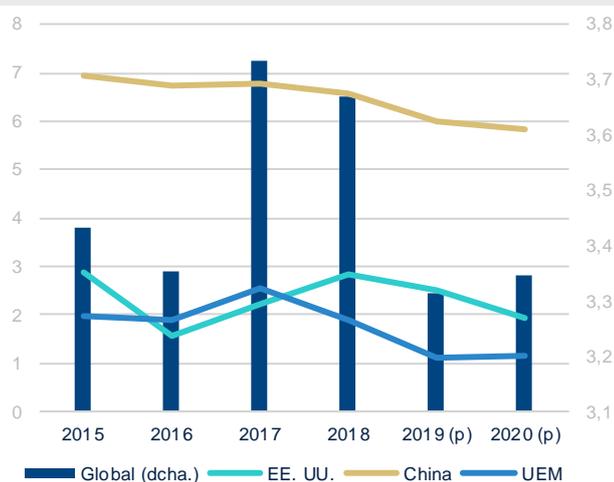
Fecha de cierre: **17 de Julio de 2019**

1. Previsiones macroeconómicas de la economía española y del sector de seguros

El entorno macroeconómico global y nacional

El PIB mundial, que avanzó un 3,7% en 2018, crecería hasta un 3,3% en 2019 y un 3,3% en 2020 (Gráfico 1.1). Este aterrizaje suave de la economía mundial está condicionado, por un lado a que EE. UU. y China alcancen un acuerdo comercial, que es fundamental para reducir la incertidumbre e impedir un deterioro adicional del comercio internacional. Por otro lado, es necesario que el proceso de salida del Reino Unido de la Unión Europea no se produzca con disrupciones importantes en la relación entre las dos geografías.

Gráfico 1.1. **PREVISIÓN CRECIMIENTO PIB MUNDIAL POR ÁREAS (%)**



Cuadro 1.1. **PREVISIONES MACROECONÓMICAS DE ESPAÑA**

	2017	2018	2019*	2020*
Actividad				
PIB real	3,0	2,6	2,3	1,9
Consumo Privado	2,5	2,3	1,8	1,7
Consumo Público	1,9	2,1	1,8	1,7
Formación Bruta de Capital Fijo	4,8	5,3	3,1	3,4
Demanda Interna	2,9	2,9	2,0	2,1
Exportaciones	5,2	2,3	1,7	3,5
Importaciones	5,6	3,5	0,8	4,1
Demanda Externa	0,1	-0,3	0,3	-0,1
Mercado de trabajo				
Tasa de paro (% población activa)	17,2	15,3	13,7	12,7
Hogares				
Renta disponible nominal	1,6	3,2	3,8	4,6
Tasa de ahorro (% renta nominal)	5,7	5,4	6,1	7,3

* Previsiones BBVA Research a partir de 2019.
Fuente: BBVA Research

En España, el crecimiento del PIB podría alcanzar el 2,3% en 2019 y el 1,9% en 2020 (Cuadro 1.1). De cumplirse este escenario se crearían alrededor de 810.000 puestos de trabajo en los dos años y la tasa de paro se reduciría hasta el entorno del 12,7% a finales del siguiente año. Se prevé que los salarios empiecen a aumentar consistentemente por encima de la inflación (2,6% y 2,5% en 2019 y 2020 respectivamente). Este escenario se da en un entorno donde se espera una recuperación progresiva de la demanda global, la prolongación del tono expansivo de la política monetaria, el mantenimiento de precios del petróleo relativamente bajos y la resolución favorable de distintos focos de incertidumbre. En todo caso, los riesgos continúan siendo numerosos y la probabilidad de que algunos de ellos ocurran va en aumento, especialmente a partir del 2S19 y 2020.

Perspectivas del sector asegurador en 2019 y 2020

En el sector seguros se espera una desaceleración moderada para los próximos años como consecuencia directa de la desaceleración de la economía en general y, a su vez, por el agotamiento del mercado en algunos de sus ramos. Sin embargo, las perspectivas para el seguro No Vida son mucho más optimistas que para el ramo de Vida, que seguirá en recesión debido a los bajos tipos de interés. Las previsiones de crecimiento de BBVA Research para el Seguro No Vida para 2019 y 2020 son del 3% y del 2,8% respectivamente.

Cuadro 1.2. PREVISIONES DEL SECTOR DE SEGUROS POR RAMOS (%)

	2016	2017	2018*	2019 (P*)			2020 (P*)		
Seguros No Vida	4,7%	4,0%	4,0%	2,3%	3,0%	3,7%	1,8%	2,8%	3,8%
Autos	5,1%	3,4%	1,9%	0,3%	1,9%	3,5%	0,2%	1,8%	3,4%
Mult. Riesgo Hogar	3,6%	3,0%	3,6%	3,2%	3,7%	4,2%	3,0%	3,5%	4,0%
Salud	5,1%	4,2%	5,6%	4,6%	5,5%	6,4%	4,7%	5,7%	6,6%
Resto. Accidentes	5,3%	13,1%	3,4%	-3,7%	-0,5%	2,7%	0,9%	4,1%	7,3%
Seguros Vida	21,8%	-5,6%	-1,4%	-2,1%			0,3%		
Riesgo	11,4%	0,0%	12,3%	-2,5%	2,0%	6,5%	1,5%	6,0%	10,5%
Ahorro	23,6%	-6,4%	-3,7%	-4,8%	-2,9%	-1,0%	-2,8%	-0,9%	1,0%

(P*) Previsión central e intervalos al 80% de confianza.

Fuente: BBVA Research a partir de ICEA

BBVA Research estima que a pesar de la desaceleración que tendrían las primas de autos, la evolución de su contratación seguirá siendo positiva y por encima del 1,8% en 2020. La evolución de las primas estaría condicionada por la evolución de variables como renta bruta de las familias, tasa de paro, precios y, en menor medida, de la inflación de primas.

Por otro lado, el ramo de salud, seguirá su crecimiento fuerte en los próximos años por encima del 5,5%, empujado por la alta inflación del seguro debido al encarecimiento de los gastos sanitarios (hospitalización, etc.) lo que se traducirá en un aumento del precio medio de las primas.

El seguro de Hogar seguirá creciendo en los próximos dos años un 3,7% y 3,5% respectivamente, gracias a la mejora de la renta de los hogares y la bajada de la tasa de paro. Una variable que sigue lastrando al sector es el parque de las viviendas que todavía tiene una contribución negativa a la evolución y se espera que vaya mejorando en los próximos años impulsada por la recuperación del mercado inmobiliario.

Por último, el seguro de accidentes es el más vinculado a la actividad económica. Se espera que siga creciendo hasta el 4,1% en 2020. Su crecimiento esperado se apoya sobre todo en la consolidación de la actividad económica. Sin embargo, hay otros factores que podrían incidir en su evolución, como podría ser la recuperación de algunos sectores como el de la construcción y de algunos colectivos como los autónomos.

Por su parte, las perspectivas del segmento de Vida son algo más pesimistas, sobre todo para 2019, al no percibir cambios a corto plazo de la política monetaria del BCE. El ramo de Riesgo, seguirá en positivo con aumentos esperados del 2% y 6% respectivamente para 2019 y 2020, ligadas principalmente a la actividad económica e inmobiliaria a través de la concesión de hipotecas. En contraste, el seguro de Vida Ahorro que ha retrocedido en 2017 y 2018 por la baja rentabilidad real de la renta fija de largo plazo, seguirá su racha bajista y se espera que toque fondo en 2020 con una bajada estimada del -0,9%.

2. Coche del futuro y sus impactos sobre el sector asegurador

Motivación

El sector de la automoción tiene una importancia capital para la economía española. Representa el 8,6% del PIB, el 17,9% del volumen de exportaciones y el 9% del empleo. Además, los hogares españoles destinan el 4,5% de su presupuesto familiar a la adquisición de automóviles¹.

Dentro del sector, uno de los desarrollos tecnológicos que tienen un mayor potencial disruptivo se encuentra en la aparición del coche eléctrico y los avances en conectividad y digitalización, que facilitarán el despliegue del llamado vehículo autónomo. La literatura disponible indica que su despliegue puede ejercer impactos muy significativos en la economía y en la sociedad.

La velocidad de adopción de esta tecnología se ha acelerado en las últimas décadas. Sin embargo, en el coche autónomo existen diversas prevenciones para su uso, ya que afecta en algo tan importante como es la seguridad física de las personas. Dependiendo del país, del momento de realización del estudio y de las características de los entrevistados, su aceptación por parte de la población oscila entre el 53% de los conductores europeos que considera adquirir un automóvil autónomo en el futuro y el 73% de los estadounidenses que declara sentirse atemorizado ante la posibilidad de utilizarlo. Las cifras para España son menos positivas que las disponibles para otras economías europeas. Aunque el 54% de los conductores manifiesta interés en el vehículo autónomo, tan solo el 13% planea comprar uno. Ante la posibilidad de elegir entre conducción tradicional o autónoma, ocho de cada diez españoles optarían por la primera, tanto por preferencia como por desconfianza. Estamos todavía pues en un estadio inicial en el desarrollo del uso de esta tecnología en donde es necesario probar su eficacia y seguridad para extender su uso de forma masiva. Sin embargo, la velocidad a la que progresan los nuevos modelos hace aventurar que en un futuro no muy lejano, el coche autónomo podría ser una realidad muy extendida en la mayoría de países del mundo.

En este capítulo, se analizan las posibles consecuencias de la implantación del vehículo autónomo sobre la economía y los seguros, contemplando los diferentes escenarios que se pueden dar en un futuro próximo.

1. Antecedentes y retos del Vehículo Autónomo

Los Vehículos Autónomos (VAs) se basan en un conjunto de tecnologías que forman un sistema, por lo que sus avances dependen de las distintas partes que lo conforman. Por un lado está el hardware, la parte más avanzada, como los radares que están altamente desarrollados. Lo mismo ocurre con las cámaras que con inteligencia artificial pueden reconocer objetos que los rodean y la velocidad con la que se mueven. El verdadero reto está en mejorar la otra parte del sistema, el software, que es el que se encarga de interpretar la realidad y razonar ante las distintas circunstancias del tráfico, como lo explica la revista estadounidense Wired² en su guía sobre los vehículos autónomos. La Sociedad de Ingenieros del Sector Automotriz internacional (SAE por sus siglas en inglés) creó una clasificación estandarizada sobre los niveles de automatización de los VAs. (Ver Cuadro 2.1).

¹ BBVA Research (2018): Situación Consumo. Primer semestre 2018. Capítulo 3. pp 19-27.

² Alex Davies (2018). The wired guide to self-driving cars, Wired. Recuperado de: <https://www.wired.com/story/guide-self-driving-cars/>

Actualmente, en el mercado existen coches con un nivel 2 de autonomía. Sin embargo el desarrollo de los niveles siguientes avanza con más prudencia. Algunas empresas prevén el lanzamiento de nuevos modelos nivel 3 en 2020, mientras que otras compañías (Uber, General Motors, Lyft, Google, Toyota, Ford, Tesla, entre otras) están probando prototipos de nivel 4 en carreteras ordinarias. Según la Administradora y Reguladora del Tráfico y Carreteras de Estados Unidos (NHTSA por sus siglas en inglés) los coches autónomos nivel 5 empezarán a salir al mercado después de 2025³.

 Cuadro 2.1. **CLASIFICACIÓN DE LOS VAs SEGÚN EL NIVEL DE AUTOMATIZACIÓN**

Nivel	Denominación	Definición	Conducción longitudinal (acelerar/frenar) y lateral (dirección)	Responsabilidad caso siniestro	Recuperación de las tareas de conducción en caso de contingencia	Tareas de conducción realizadas por el sistema
0	Sin automatización	El conductor realiza todas las tareas asociadas a la conducción.	Conductor	Conductor	Conductor	-
1	Conducción asistida	El sistema de ayuda a la conducción realiza una tarea específica, conducción dinámica lateral o longitudinal, utilizando la información del entorno del vehículo.	Conductor y sistema	Conductor	Conductor	Algunas
2	Conducción parcialmente automatizada	El sistema de ayuda a la conducción realiza la conducción dinámica lateral y longitudinal utilizando la información del entorno del vehículo.	Sistema	Conductor	Conductor	Algunas
3	Conducción automatizada condicionada	El sistema de conducción automatizada realiza todas las tareas de la conducción con la expectativa de que el conductor responda adecuadamente a peticiones de intervención.	Sistema	Conductor / Sistema	Conductor	Algunas
4	Conducción altamente automatizada	El sistema de conducción automatizada realiza todas las tareas de la conducción, incluso si el conductor no responde adecuadamente a peticiones de intervención.	Sistema	Por definir	Sistema	Algunas
5	Conducción plenamente automatizada	El sistema de conducción automatizada realiza todas las tareas de la conducción bajo todas las circunstancias de la vía y ambientales.	Sistema	Por definir	Sistema	Todas

Fuente: BBVA Research a partir de SAE International⁴ (2014) y United Nations Economic and Social Council⁵ (2018).

El grado de avance de la regulación de los VAs es muy diversa dependiendo de los países. Varios especialistas proponen armonizarlas a unos estándares internacionales que permita la futura interoperabilidad de todos los vehículos en todos los países.

3 The evolution of Automated Safety Technologies. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Recuperado de: <https://www.nhtsa.gov/technology-innovation/automated-vehicles-safety>

4 SAE International (2014): "Taxonomy and Definitions for Terms Related to On-Road Motor Vehicle Automated Driving Systems", Surface Vehicle Information Report J3016, Issued 2014-01.

5 United Nations Economic and Social Council (2018): Reference document with definitions of Automated Driving under WP.29 and the General Principles for developing a UN Regulation on automated vehicles. Economic Commission for Europe.

2. Impactos sobre la economía y seguros

Como en todo progreso tecnológico, hay sectores que pueden ser beneficiados frente a otros que pueden verse perjudicados. Los escenarios sobre la velocidad y amplitud en la adopción de la tecnología (en este caso el vehículo autónomo) pueden acrecentar o disminuir dichos impactos. La Comisión Europea⁶ contempla tres escenarios de adopción (véase Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2. **ESCENARIOS DE ADOPCIÓN DEL VA**

Escenario 1	Adopción baja	Progreso tecnológico lento, avance normativo escaso, número reducido de usuarios
Escenario 2	Adopción media	Progreso tecnológico moderado, avance normativo moderado, número moderado de usuarios
Escenario 3	Adopción elevada	Progreso tecnológico notable, avance normativo relevante, número significativo de usuarios

Fuente: Comisión Europea (2018)⁷

a) Posibles impactos sobre la economía

La evidencia disponible para Europa sugiere que el impacto económico de la adopción del vehículo autónomo será significativo pero heterogéneo dependiendo del sector. La Comisión Europea⁸ identifica los sectores que potencialmente se verán más afectados por el cambio tecnológico: automoción, electrónica y software, telecomunicaciones, procesamiento de datos, contenidos digitales, transporte de mercancías y de pasajeros, seguros, mantenimiento y reparaciones, energía, orden público y seguridad, educación, infraestructuras, sanidad, actividades jurídicas, extracción de petróleo y gas y ordenación urbana.

La implantación del vehículo autónomo puede impulsar las matriculaciones e incrementar los desplazamientos, tanto por la reducción del coste de oportunidad de viajar, como por la ampliación del mercado a grupos de usuarios no demandantes de vehículos convencionales⁹, y a la promoción de nuevos modelos de negocio. El número de kilómetros recorridos por cada vehículo aumentaría entre el 11% y el 53% hasta 2025, respecto al escenario base (sin movilidad autónoma), lo que se traduciría en un incremento adicional de las ventas de turismo en Europa entre el 8% y el 28% en el mismo periodo de tiempo. El repunte de la demanda de automóviles, unido al de vehículos comerciales e industriales –algo más modesto– implicaría un crecimiento de la facturación en Europa entre el 7% (35.000 millones de euros) y el 24% (120.000 millones de euros) hasta 2025 respecto a un escenario sin movilidad autónoma. Un efecto derivado adicional podría generar un impulso adicional al comercio electrónico al reducir los costos de transporte de mercancías hasta el consumidor final.

El sector más beneficiado por la implantación del vehículo autónomo sería el de electrónica y software, que incluye las actividades de fabricación de equipamiento informático, de productos de electrónica de consumo, de programación y consultoría informática. Los requerimientos de hardware y, sobre todo, de software de los automóviles aumentarán a medida que la automatización y la conectividad avancen¹⁰. Dados los escenarios de crecimiento de las ventas mencionados previamente, los ingresos del sector en Europa, asociados a la movilidad autónoma, serían entre 85.000 y 175.000 millones de euros más elevados en 2025, que en el escenario base.

6 Véase Alonso-Raposo et al. (2018). An analysis of possible socio-economic effects of a Cooperative, Connected and Automated Mobility (CCAM) in Europe - Effects of automated driving on the economy, employment and skills. JRC Science for Policy Report.

7 Véase Alonso-Raposo et al. (2018).

8 Véase Clements, L.M., y Kockelman, K.M. (2017): "Economic Effects of Automated Vehicles", Transportation Research Record: Journal of the Transportation Research Board, No 2606, pp. 106-114.

9 El descenso del coste de oportunidad de los desplazamientos podría alcanzar el 60% y el aumento del número de usuarios, el 20% según Wadud et al. (2016).

10 Véanse Wadud, Z. (2017): "Fully Automated Vehicles: A Cost of Ownership Analysis to Inform Early Adoption", Transportation Research Part A: Policy and Practice, Vol. 101, pp. 163-176.

b) Posibles impactos sobre el sector asegurador

Como en todo proceso disruptivo, el despliegue del vehículo autónomo también podría menoscabar la actividad de algunos sectores cuyo negocio depende de factores inherentes a la movilidad convencional, como el de seguros. La literatura muestra que el 90% de los accidentes están causados por el factor humano, por ello en el nivel 5 de automatización se podrían evitar hasta el 95% de los siniestros actuales. Ello reduciría el coste total de las indemnizaciones, a pesar del crecimiento del importe medio de cada accidente derivado del mayor valor que incorporan los sistemas de asistencia a la conducción¹¹. Como resultado, se prevé una reducción de las primas de seguro en Europa entre el 10% y el 30% hasta 2025, que podría causar una caída de la facturación entre 10.000 y 35.000 millones de euros. Existen otras estimaciones más pesimistas sobre los posibles impactos en la facturación del sector asegurador, según Albright et al. (2017), las pérdidas podrían alcanzar los 53.000 millones de euros en Europa en 2050. Con una eventual disminución del 90% en el futuro.

Es importante mencionar que los nuevos ingresos de las nuevas categorías de seguros (por ejemplo, seguridad cibernética, responsabilidad del producto por software y hardware) no están considerados en esos cálculos. Tampoco otras nuevas contingencias como podrían ser los ataques de ciberterrorismo. El Cuadro 2.3 presenta los impactos:

Cuadro 2.3. **CAMBIOS PREVISTOS EN LAS PRIMAS DEL SEGURO EN CADA ESCENARIO**

	Cambio en primas de seguros con respecto a 2015 (%)		Ingresos anuales de la prima de vehículos de motor con respecto a 2015 (Miles de millones de euros)		Cambio en la prima de vehículos de motor con respecto a 2015 (%)	
	2025	2050	2025	2050	2025	2050
Escenario 1	-10%	-15%	120	115	-10%	-15%
Escenario 2	-15%	-20%	115	105	-15%	-25%
Escenario 3	-30%	-40%	95	80	-35%	-50%

Fuente: Comisión Europea (2018)

Cambios en la responsabilidad

La asignación de la responsabilidad de un accidente no es neutral para el sector asegurador porque determinará si debe indemnizar o no un siniestro determinado. En primer lugar se debe establecer si el responsable del accidente provocado por un coche es la marca del automóvil en cuestión, ya que garantiza su funcionamiento, o el propietario del vehículo en razón de su adquisición.

Además se plantean cuestiones morales todavía no resueltas cuya resolución afectará también a los seguros. Los VAs deben tomar decisiones continuamente mientras están circulando, siempre respetando las reglas generales de circulación. Sin embargo, se pueden presentar escenarios en los que el sistema del vehículo debe tomar una decisión de maniobra sobre dos alternativas malas. Por ejemplo, para evitar un accidente, el coche debe decidir entre afectar a los integrantes del vehículo o a agentes externos como peatones cercanos. Las reglas de decisión sobre cómo actuar todavía no están establecidas y se plantean problemas morales de todo tipo. Las posibles combinaciones de posibles circunstancias son casi infinitas y la valoración de ellas será propia de cada ciudadano. Una regla de decisión determinada afectará de forma diferente a las aseguradoras a la hora del pago de siniestros. Incluso, es posible que ni siquiera se pueda adjudicar a un responsable del accidente debido a que cada participante actuó de acuerdo a sus reglas de decisión preestablecida. En tal caso es posible que surjan

¹¹ El coste por accidente podría duplicarse en los próximos veinte años. Sin embargo, la pérdida esperada total disminuiría alrededor del 50% en el mismo periodo. Véase KPMG (2015).

nuevas figuras en el seguro del automóvil como la creación de un fondo común en la industria para indemnizar casos cuando no es posible identificar un culpable, o la creación de nuevos profesionales especializados en accidentes de VAs que investiguen sobre las causas para evitar que se vuelvan a producir (como se hace en la actualidad con los aviones) y que sean los que determinen la última responsabilidad etc.

La nueva siniestralidad y cambios en la responsabilidad podrían hacer cambiar las modalidades de coberturas. El descenso de la siniestralidad puede hacer menos atractiva la modalidad de todo riesgo y favorecer la cobertura de terceros u otras nuevas que pudieran surgir en función del desempeño en la seguridad de los vehículos.

Por otro lado, los riesgos de siniestralidad podrían aumentar ante nuevas amenazas como la hackers informáticos o ataques ciber-terroristas, y por tanto el sector de seguros debería incorporarlo en las nuevas coberturas de las primas.

Por otro lado, el cambio de responsabilidad legal en caso de un accidente del conductor al fabricante, podría provocar que estos últimos adoptaran la función de aseguramiento propio, ya que tendrían la mejor información necesaria para poder serlo, lo que introduciría nuevos actores en el mercado¹². Algunos fabricantes, como Volvo, Mercedes y Google, han declarado que aceptarán la responsabilidad por accidentes relacionados con sus VA en el futuro. Por lo tanto, el negocio de seguros pasará de las pólizas de seguros personales a las pólizas de responsabilidad de vehículos comerciales (Albright et al., 2017).

La movilidad compartida vs Movilidad convencional

El auge del VA incentivaré la movilidad compartida de los coches y las plataformas de alquiler por horas o minutos sobre todo en las grandes ciudades. Se espera que las grandes empresas de movilidad conviertan su flota en VAs. Esas flotas requerirán una cobertura comercial y no personal en sus seguros.

Si esta tendencia se confirma, los individuos dejarían de adquirir vehículos propios por la posibilidad de adquirir puntualmente servicios de transporte con VAs, por lo que el número de primas de seguros del automóvil disminuiría. En consecuencia, el estrechamiento del mercado de seguros podría provocar una consolidación que obligaría a reducir el número de actores bien por fusiones de empresas o por el abandono de otras aseguradoras de ese ramo. En el Cuadro 2.4, se estiman los posibles impactos de la implementación del VA sobre la manera de movilidad de las personas (Comisión Europea, 2018).

Cuadro 2.4. **CAMBIOS PREVISTOS EN LAS PRIMAS DEL SEGURO EN CADA ESCENARIO**

Escenario base	Hipótesis de despliegue del vehículo autónomo		
	2025	2050	
	Sin VA		
Escenario 1	Viajes	14% VC - 86% VA	100% VA
	Ratio VP – MaaS	80% VP - 20% MaaS	70% VP - 30% MaaS
Escenario 2	Viajes	4% VC - 96% VA	100% VA
	Ratio VP – MaaS	60% VP - 40% MaaS	40% VP - 60% MaaS
Escenario 3	Viajes	1% VC - 99% VA	100% VA
	Ratio VP – MaaS	40% VP - 60% MaaS	10% VP - 90% MaaS

VA: Vehículo autónomo. VC: vehículo convencional. VP: vehículo privado. MaaS: Mobility-as-a-Service.
Fuente: Comisión Europea (2018)

¹² Foro Económico Mundial, 2016b, Karp et al., 2017, Albright et al., 2017

Se estima que el transporte de pasajeros y la movilidad compartida serían los primeros afectados de la implementación de los vehículos autónomos. Según el Cuadro 2.4, en un escenario prudente, la penetración de los VAs en 2025 llegaría a suponer el 86% de toda la flota de vehículos usados para el transporte de pasajeros (de servicio público “viajes”), mientras que la adopción de la movilidad compartida (Maas) supondría el 20% para la misma fecha. Sin embargo, en un escenario de adopción elevado (escenario 3), el uso del vehículo autónomo para el transporte de pasajeros de servicio público podría llegar a representar casi el 99% de toda la flota en 2025. A más largo plazo, se espera una adopción casi completa tanto para el transporte de personas como en la expansión de la movilidad compartida.

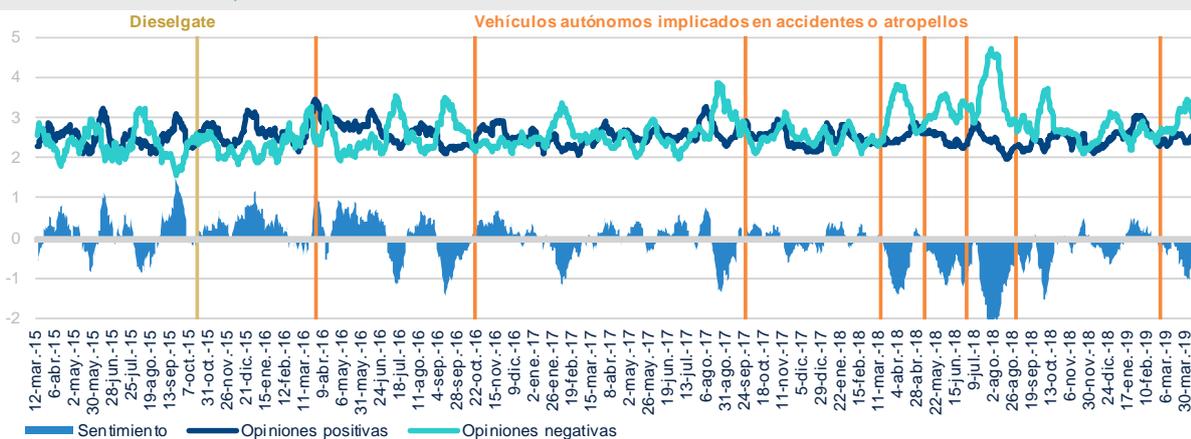
3. Aceptación social en España

Internet se ha convertido en una fuente de información fundamental que influye en la opinión pública sobre cualquier tema. El estudio del sentimiento (positivo/negativo) proporcionado por este medio puede condicionar la opinión pública sobre la aceptación del VA. El proyecto GDELT permite el análisis del sesgo de cada noticia mediante la explotación de una base de datos de global de noticias en tiempo real que recopila información geolocalizada de los medios de comunicación que publican por internet sobre determinados temas seleccionados. Dicha base incorpora información en más de 65 idiomas y permite identificar millones de temáticas, eventos, personas, organizaciones y sentimiento ante una noticia u opinión¹³. La cobertura de este estudio se centra en las noticias en medios españoles relacionadas con el vehículo autónomo.

Para el cómputo del indicador de sentimiento, el algoritmo compara el contenido de cada noticia con más de cuarenta diccionarios y extrae el número de términos que tienen una connotación positiva o negativa. El indicador de sentimiento se calcula como la diferencia entre el porcentaje de palabras con connotación positiva y negativa¹⁴:

$$\text{Indicador de atractivo} = 100 \times \frac{\sum \text{Palabras con connotación positiva} - \sum \text{Palabras con connotación negativa}}{\sum \text{Palabras}}$$

Gráfico 2.1. **PERCEPCIÓN DEL VEHÍCULO AUTÓNOMO EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESPAÑOLES (MEDIA MÓVIL 14 DÍAS)**



Fuente: BBVA Research a partir de GDELT

13 Más información en <http://www.gdeltproject.org/> y en Leetaru y Schrod (2013)

14 Aunque toma valores entre -100 (extremadamente negativo) y 100 (extremadamente positivo), el tono suele fluctuar entre -10 y 10.

Los resultados confirman que los medios de comunicación ofrecen informaciones a los consumidores españoles sobre la movilidad autónoma que son más negativas con cada evento que afecta a su seguridad y que puede condicionar su adopción en el futuro (Gráfico 2.1). Además, el impacto de los percances con vehículos autónomos ha sido, hasta el momento, transitorio.

Conclusiones

La tecnología que impulsa la comercialización de VAs avanza rápidamente y se espera que los vehículos con total autonomía (escala 5) comiencen a circular en EEUU en 2025. Sin embargo, todavía son necesarios numerosos desarrollos tecnológicos y regulatorios para que el fenómeno se convierta en algo masivo. Ello incluye los numerosos problemas morales a los que se enfrentan las reglas de decisión de los vehículos ante alternativas de catástrofe inevitables de igual gravedad. No existe por el momento una regulación internacional que unifique estos criterios.

La evidencia disponible indica que el despliegue del vehículo autónomo podría tener un impacto significativo sobre la economía, más allá de sus consecuencias sobre el sector de la automoción. En función de los avances en el grado de automatización, que a su vez dependen del progreso tecnológico, de los cambios en el marco regulatorio y de la evolución del nivel de aceptación de la población, la facturación del sector de la automoción en el conjunto de la Unión Europea podría aumentar hasta 120.000 millones de euros adicionales en 2025 respecto a un escenario sin vehículos autónomos. Las repercusiones esperadas en otros sectores, como el de electrónica y software, podrían alcanzar los 175.000 millones de euros. Aunque el efecto neto sea positivo a medio y largo plazo, algunas actividades se podrían ver negativamente afectadas por el cambio en los patrones de consumo de la población, como el de seguros.

Potenciales efectos sobre el sector asegurador:

- Se espera una reducción de la siniestralidad al eliminar el factor del error humano de la conducción, lo que podría hacer bajar el coste de las primas.
- Sin embargo, el coste de cada siniestro podría aumentar, ya que los VAs incorporan tecnologías adicionales que tienen costos elevados.
- La definición de los responsables de un siniestro requerirá la modificación del cálculo de coberturas tradicionales tal y como las conocemos actualmente (terceros, todo riesgo, etc) y del tomador del seguro. ¿pasarán a ser las empresas fabricantes o por el contrario continuará siendo el propietario del vehículo?
- La expansión de las flotas de VAs por alquiler y la posible asunción de la responsabilidad por parte del fabricante reducirá el número de primas. El aseguramiento podrá realizarse por la empresa propietaria de la flota o lo puede subcontratar a terceros. En cualquier caso, el estrechamiento del mercado podría favorecer la fusión de empresas de seguros especializadas en este ramo o el abandono de este ramo por muchas otras.
- Podrían aparecer nuevas figuras todavía no existentes. Por ejemplo una intervención del consorcio de compensación de seguros para indemnizar daños cuando no es posible adjudicar al sujeto causante del siniestro. También nuevos esquemas de peritaje donde se establezca si la tecnología funcionó correctamente (posibilidad de cajas negras en los coches), etc.
- Coberturas de nuevos riesgos como los hackers informáticos o ciberterrorismo, etc.

Las noticias que aparecen en los medios de comunicación resaltan los eventos en los que se cuestiona la seguridad de los VAs y, por tanto, afectan al tono con el que la opinión pública ve este tema, aunque el tono general es más bien positivo porque se espera que los VAs mejoren los ratios de siniestralidad según muestra el análisis realizado con GDELT.

3. El estado de salud de la población española y los seguros de salud

Introducción

España es uno de los países más saludables del mundo¹⁵ y tiene el sistema de salud pública más eficiente de Europa y el tercero del mundo¹⁶. Sin embargo, un 18 % de la población tiene contratado un seguro de salud privado que presta servicios similares a los del sistema público, que es de acceso universal y gratuito. Incluso, la tendencia es que el nivel de cobertura del seguro privado siga creciendo en los próximos años. En este artículo nos preguntamos cuáles son las circunstancias que rodean esta situación comparando el estado de salud de subscriptores y no subscriptores de un seguro de salud.

A principios de la década de los 70 comenzaron a estudiarse los factores determinantes de la salud, con el informe Lalonde (ver Villar, 2011¹⁷). En dicho informe se examinaban las causas subyacentes de la morbilidad y la mortalidad, intentando poner el foco en aquellos aspectos sobre los cuales se podría actuar con las políticas sanitarias. Las conclusiones mostraron que el estado de salud dependía de las siguientes variables:

- *Estilos de vida:* hábitos personales de alimentación, actividad física, conductas de riesgo y adicciones.
- *Atención sanitaria:* en sus varias dimensiones como la calidad, la accesibilidad y los recursos disponibles.
- *Factores medioambientales:* contaminación, factores socioculturales y psicosociales.
- *Biología humana:* características genéticas, edad, género, etc.

Más recientemente la OCDE (2017) ha estimado sus propios modelos en los que se mide el efecto las variables arriba mencionadas junto a otras de tipo socio-económico, midiendo el impacto de cada una de ellas sobre las ganancias de esperanza de vida en un grupo amplio de países¹⁸. La identificación de estas variables ha facilitado que los organismos públicos propongan una batería de indicadores que muestren tanto la situación de los factores determinantes de la salud como del propio estado de salud de la población con una batería de estadísticas un tanto abrumadora (OCDE, 2017, y MSSSI, 2017¹⁹).

La abundancia de información disponible para describir el estado de salud nos impide decir si un ciudadano tiene una mejor salud que otro en términos absolutos ya que, dependiendo del indicador utilizado, la respuesta podría ser una o la contraria. En este capítulo nos proponemos crear en un solo indicador sintético del estado global de salud que incorpore en una sola cifra toda la batería de indicadores disponibles y que se utilizan normalmente para describir el estado de salud. Para la construcción del índice utilizaremos los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017.

Con ese indicador clasificaremos a la población española en función de si ha contratado o no un seguro de salud. Los subscriptores de un seguro médico podrían tener un mejor estado de salud debido a que mejoran en los dos primeros determinantes con respecto a los no subscriptores. Por un lado, llevarían un estilo de vida más saludable. Por otro, la facilidad de acceso a la sanidad privada de forma complementaria a la sanidad pública podría tener mejores resultados sobre su estado general de salud. En efecto, la facilidad de acudir directamente al

¹⁵ <http://cort.as/-FA-I>

¹⁶ <http://cort.as/-BEgn>

¹⁷ Villar (2011), Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. (<http://cort.as/-K9Hm>).

¹⁸ OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. (<http://cort.as/-K973>).

¹⁹ Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2017), Indicadores de Salud 2017. (<http://cort.as/-K9R5>).

especialista de su elección, o poder tener segundas y terceras opiniones ante un problema grave son ventajas indudables para aquellos que prefieren gastar sus recursos en prestaciones sanitarias privadas. Por otra parte, las menores listas de espera en el sector privado, tanto para pruebas de diagnóstico como para operaciones, son también factores que pueden contribuir a que el estado de salud de los asegurados sea mejor que los no asegurados.

En el epígrafe 1 mostramos los hábitos de vida de la población. En el punto 2, estudiamos el estado de salud de la población tanto desde un punto de vista objetivo como subjetivo mostrando los componentes que formarían el índice sintético de salud. En el punto 3, realizaremos un análisis regional de los resultados principales. El capítulo 4 presenta las principales conclusiones.

El estilo de vida de la población

Desde los primeros estudios sobre los factores determinantes de la salud, los hábitos en el estilo de vida se han mostrado como muy relevantes en su explicación. En líneas generales encontramos un patrón bastante regular consistente en que los hábitos de vida mejoran con el aumento del nivel educativo, tanto en el grupo de personas aseguradas como no aseguradas. En los cuadros 3.1 y 3.2 se muestran algunos patrones de comportamiento sobre estilo de vida tanto en el grupo asegurado como no asegurado. En cuanto a la actividad física, el comportamiento saludable que correspondería con tener una vida activa es superior en el grupo de asegurados que en el de no asegurados.

Cuadro 3.1. **HÁBITOS DE VIDA (I) POR NIVEL DE ESTUDIOS (EN % DE POBLACIÓN DE SU GRUPO)**

Educación	Frecuencia actividad F.	Actividad física		Comida rápida		Frecuencia comida R.
		No asegurado	Asegurado	No asegurado	Asegurado	
Primaria	Inactivo	46%	37%	4%	3%	4-7 veces/semana
	Alguna actividad	38%	33%	27%	42%	1-3 veces/semana
	Activo	16%	31%	69%	55%	Nunca
Secundaria	Inactivo	35%	29%	3%	3%	4-7 veces/semana
	Alguna actividad	37%	34%	40%	43%	1-3 veces/semana
	Activo	29%	37%	57%	54%	Nunca
Terciaria	Inactivo	29%	26%	2%	1%	4-7 veces/semana
	Alguna actividad	35%	31%	36%	37%	1-3 veces/semana
	Activo	35%	43%	62%	62%	Nunca

Fuente: BBVA Research a partir de ENSE

Por ejemplo, en el grupo de asegurados con estudios primarios, el 31% de la población llevaría un estilo de vida con actividad física activa frente al 16% de los no asegurados. En las personas con estudios secundarios, los individuos activos alcanzarían el 37% en los asegurados frente al 29% en los no asegurados. La misma estructura se observa entre las personas con estudios terciarios con un 43% y un 35% respectivamente.

En cuanto a los hábitos alimenticios, y más en concreto, el relativo indicador de consumo de comida rápida, el estilo de vida es más saludable cuanto menor es el consumo de comida rápida. Este indicador presenta valores muy semejantes en los niveles de estudios secundario y terciario, tanto en la población asegurada como en la no asegurada. Sin embargo, en el nivel de estudios primarios el consumo de comida rápida es superior en los no asegurados (69%) frente a los asegurados (55%).

Cuadro 3.2. **HÁBITOS DE VIDA (II) POR NIVEL DE ESTUDIOS (EN % DE POBLACIÓN DE SU GRUPO)**

Educación	Frecuencia Alcohol	Consumo de alcohol		Consumo de tabaco		Frecuencia Tabaco
		No asegurado	Asegurado	No asegurado	Asegurado	
Primaria	A diario	18%	18%	23%	24%	A diario
	varias veces/semana	25%	33%	2%	1%	A veces
	Menos de una vez al mes	57%	49%	75%	75%	no fumo/antes fumaba
Secundaria	A diario	14%	16%	26%	21%	A diario
	varias veces/semana	45%	51%	3%	4%	A veces
	Menos de una vez al mes	41%	33%	71%	75%	no fumo/antes fumaba
Terciaria	A diario	14%	17%	19%	16%	A diario
	varias veces/semana	53%	55%	3%	4%	A veces
	Menos de una vez al mes	33%	28%	78%	80%	no fumo/antes fumaba

Fuente:BBVA Research a partir de ENSE

El cuadro 3.2 muestra que, en líneas generales, el consumo de alcohol es menor (menos de una vez por mes) en el colectivo no asegurado que en el asegurado. En el consumo de tabaco las cifras son muy parecidas tanto en el grupo asegurado como no asegurado.

Si bien la actividad física es un elemento claramente favorable para el grupo contratante de un seguro de salud, en el resto de indicadores no parece ser tan claro, especialmente en el indicador de consumo de comida rápida. Para profundizar en este aspecto, en el cuadro 3.3 se muestra el porcentaje de población obesa calculado a partir del cálculo del índice de masa corporal de cada ciudadano incluido en la ENSE.

Cuadro 3.3. **PORCENTAJE DE POBLACIÓN OBESA (2017)**

Educación	Asegurado	No asegurado
Primaria	17%	22%
Secundaria	14%	16%
Terciaria	10%	14%
España	13%	19%

Fuente:BBVA Research a partir de ENSE

Un mayor porcentaje de población obesa estaría relacionado con un mayor nivel de sedentarismo y con unos hábitos de consumo alimenticio incorrectos contemplados con una visión más amplia que el mero consumo de comida rápida. La primera conclusión que se puede extraer del cuadro 3.3 es que el porcentaje de la población obesa decrece con el nivel de estudios, tanto en el grupo de asegurados como de no asegurados. Por otro lado, dentro de cada grupo de nivel de estudios, el porcentaje de personas obesas es superior en el grupo de no asegurados que en el de asegurados, con especial relevancia en la enseñanza primaria obligatoria. En términos globales el número de personas obesas no aseguradas son 6 puntos porcentuales superiores al de las personas aseguradas.

Estos últimos datos podrían llevarnos a la conclusión de que las personas que han contratado un seguro de salud siguen por regla general un estilo de vida más saludable que las personas no aseguradas.

El índice sintético del estado de salud en la población y el seguro de salud como factor diferenciador

La OMS define el estado de salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades”.

En el presente recuadro se diseña un índice completo de salud usando un enfoque multivariante basado en tres categorías principales: la percepción subjetiva de salud, la prevalencia de enfermedades físicas y la prevalencia de enfermedades mentales. Para ello, se utilizan los microdatos de la ENSE y la metodología de Análisis de Componentes Principales (ACP) que permite recoger la combinación de variables con sus pesos respectivos que reúne la mayor cantidad de información contenida en ellas. (Ver Anexo metodológico)

La percepción subjetiva de la salud

De igual manera que cada persona tiene una distinta tolerancia al dolor, el estado de salud individual tiene un fuerte componente de subjetividad. Una percepción de mala salud puede incentivar la contratación de un seguro de salud privado. Sin embargo, como podemos ver en el cuadro 3.4, en España, las personas aseguradas afirman gozar de buena salud en un 80% de los casos frente al 68% de los ciudadanos no asegurados.

Cuadro 3.4. **PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE TENER BUENA SALUD**

Educación	Asegurado	No asegurado
Primaria	74%	60%
Secundaria	80%	77%
Terciaria	84%	82%
España	80%	68%

Fuente: BBVA Research a partir de ENSE

Esta diferencia se observa en la apreciación subjetiva de buena salud en todos los niveles de educación, pero muy especialmente en el nivel de estudios primarios donde la diferencia entre población asegurada y no asegurada representa 14 puntos porcentuales. El peso de la percepción subjetiva de salud en el índice sintético es de 0,63.

El estado de salud objetivo: enfermedades físicas

El enfoque tradicional de un buen estado de salud es la ausencia de enfermedad, aunque como hemos visto, en la actualidad existen otros factores que complementan esta definición. En nuestra estimación la enfermedad física todavía sigue siendo el que mayor peso tiene en la definición final del indicador sintético con un coeficiente de -0.87.

Los resultados del índice de enfermedades indican que el estado de salud se ve afectado por el nivel de gravedad de las enfermedades crónicas que padecen las personas. Siendo los tumores malignos, ictus e infartos o miocardio los de mayor impacto, mientras que las alergias crónicas, el colesterol alto y el dolor crónico de espalda las enfermedades de menor coeficiente. En algunos casos no se debe solo a la gravedad sino también al

tratamiento doloroso al que debería someterse el paciente, como es el caso de los tumores malignos, lo que empeora la percepción de estado de salud (ver cuadro 3.9 del anexo).

El estado de salud objetivo: enfermedades mentales

Una de las razones para tener un subíndice de estado de salud mental es que está comprobado que las personas que están emocionalmente sanas suelen tener un mayor control sobre sus pensamientos y sentimientos, lo que mejora su percepción sobre su estado de salud.

Se calcula que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de las enfermedades en el mundo, y que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida (Prince y Col, 2007)²⁰.

Para calcular este subíndice, se han incluido diversas variables para detectar el estado de ánimo, estrés, depresión o trastornos de sueño, variables consideradas muy relevantes para determinar el estado general de la salud²¹.

Entre las variables que tienen un mayor peso en el subíndice de salud mental, se encuentran la depresión, la pérdida de sueño o la ansiedad, en este orden. Por ejemplo, la depresión se considera, hoy en día, la principal causa de discapacidad en el mundo (OMS, 2011²²), razón por la cual, su inclusión en el índice general es importante.

Hay otras variables incluidas en el índice que recogen la exclusión social y la estabilidad emocional del individuo como: recibir amor y afecto, tener amigos con quien hablar y salir, etc. Y que reflejan el apoyo emocional que pueda tener un individuo y la calidad de sus vínculos sociales. El peso de las enfermedades mentales en el conjunto del indicador es de -0,38. (ver cuadro 3.10 del Anexo).

La prevalencia de enfermedades físicas y mentales en el año 2017 entre el grupo de población con seguro privado es menor (58%) que en el grupo no asegurado (66%). Mientras que los grupos estudios secundarios y terciarios muestran niveles de prevalencia de enfermedades semejantes, en el caso de la educación primaria es mucho mayor en el grupo no asegurado (Cuadro 3.5).

Cuadro 3.5. **PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE NO HA PADECIDO ENFERMEDAD EN 2017**

Educación	Asegurado	No asegurado
Primaria	39.9%	28.2%
Secundaria	42.3%	43.1%
Terciaria	43.4%	42.3%
España	42%	34%

Fuente: BBVA Research a partir de ENSE

20 Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maserko, J., Phillips, M.R., y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370: 859-877.

21 Ver listado completo de enfermedades en el anexo metodológico.

22 OMS (2011). Resolución de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Teniendo en cuenta que la percepción subjetiva del estilo de vida y el grado de prevalencia de las enfermedades físicas y mentales es mejor en el grupo de población asegurado que en el no asegurado (cuadros 3.4 y 3.5) el estado de salud global del grupo asegurado será mejor que el no asegurado.

Por otro lado, el Cuadro 3.6, representa los valores obtenidos al calcular los índices de salud siguiendo la misma clusterización (población asegurada frente a no asegurada y según el nivel educativo).

Cuadro 3.6. **ÍNDICE MEDIO DE SALUD SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO**

Educación	Asegurado	No asegurado	Dif aseg-no aseg
Primaria	43,6	39,4	4,2
Secundaria	51,5	49,2	2,3
Terciaria	55,9	54,2	1,7
España	50,5	47,5	3,0

Fuente: BBVA Research a partir de ENSE

Del cuadro 3.6, se deduce que en general la población asegurada presenta mejores índices de salud que la población no asegurada. La diferencia más alta se encuentra entre las personas con un nivel educativo básico (4,2 de diferencia), mientras que las personas con educación superior presentan diferencias menores (solo 1,7).

Un análisis regional de los resultados

Estilos de vida

Resulta llamativa la gran dispersión que existe en algunos hábitos de vida entre las distintas comunidades autónomas. En media el 26% de la población española se muestra como físicamente activa. Las regiones que se encuentran por encima de la media son Madrid (36%), Canarias (31%) Asturias y Navarra (30%). En la media estarían Andalucía, Valencia y País Vasco. Por debajo se situarían todas las restantes destacando el valor anormalmente bajo de Baleares (8%) (Cuadro 3.7).

Cuadro 3.7. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON ESTILO DE VIDA SALUDABLE

	Actividad física	Tabaco	Alcohol	Comida rápida
	Activo	No fuma	Menos una vez al mes	Nunca
Andalucía	26%	75%	49%	32%
Aragón	21%	74%	44%	23%
Asturias, Principado de	30%	72%	39%	41%
Baleares, Islas	8%	73%	42%	40%
Canarias	31%	76%	57%	25%
Cantabria	23%	75%	44%	21%
Castilla y León	21%	75%	42%	26%
Castilla - La Mancha	23%	73%	46%	21%
Cataluña	23%	76%	44%	20%
Comunitat Valenciana	26%	73%	45%	56%
Extremadura	23%	74%	55%	26%
Galicia	19%	82%	50%	38%
Madrid, Comunidad de	36%	78%	41%	25%
Murcia, Región de	22%	74%	51%	37%
Navarra, Comunidad Foral de	30%	77%	36%	42%
País Vasco	26%	78%	43%	38%
Rioja, La	23%	76%	45%	46%
Ceuta	20%	75%	61%	7%
España	26%	76%	46%	31%

Fuente: BBVA Research a partir de ENSE

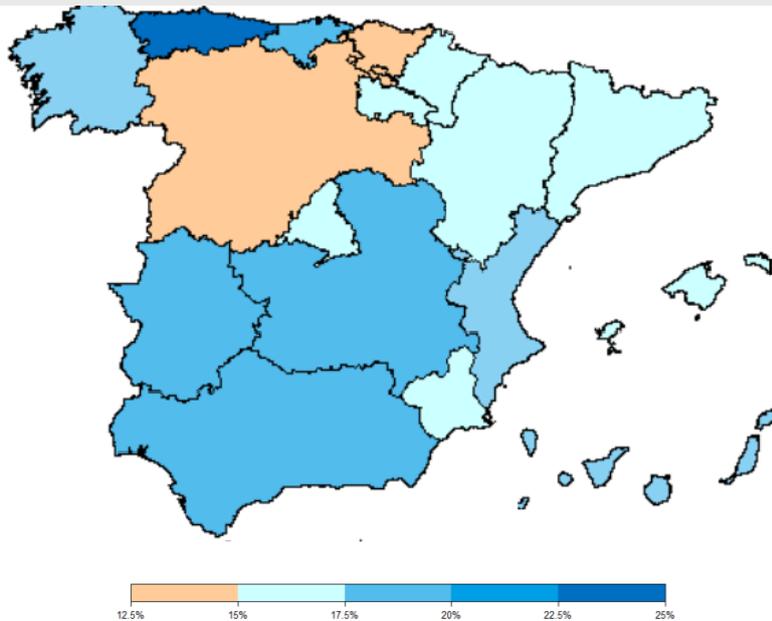
En cuanto a los hábitos de consumo de tabaco, la población no fumadora en España representa el 76% del total. En este caso la dispersión es menor que en el indicador anterior. La población no fumadora en Galicia representa el 82% mientras que la región con un porcentaje menor de no fumadores es Asturias (72%). El resto de regiones por debajo de la media apenas se diferencian en un máximo de tres puntos porcentuales de población. Por encima de la media (con excepción de Galicia) la diferencia máxima con respecto a la media es de dos puntos porcentuales. Con respecto al consumo de alcohol, la población no bebedora o con consumo muy esporádico representa el 46% de los españoles. Las regiones que se sitúan en los puestos más arriba de población no bebedora son Ceuta (61%), Canarias (57%), Extremadura (55%), Murcia (51%), etc. Las regiones con un menor porcentaje de población no bebedora serían Navarra (36%), Asturias (39) y Madrid (41%).

En cuanto al consumo de comida rápida, el 31% de la población española afirma no comerla nunca. Estos porcentajes aumentan en el caso de Valencia (56%), La Rioja (46%, Navarra (42%) y Asturias (41%). Las Comunidades que se encuentran en los valores más extremos por debajo de la media nos encontraríamos con los casos de Ceuta (7%), Cataluña (20%) y Cantabria (21%) (Ver cuadro 3.7).

A partir de estos datos es difícil establecer un patrón que identifique un comportamiento saludable regional más o menos uniforme. En función de indicador tomado, una región puede estar por encima o por debajo de la media. De nuevo, el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) que nos permite identificar la población con sobre peso que normalmente está asociado a hábitos de vida menos saludables, podría sintetizar mejor la situación de los hábitos de vida regional.

El porcentaje de población obesa²³ en España representa el 17% del total. Las regiones con un mayor grado de obesidad son Asturias (24,3%), Castilla la Mancha (21,1%), Cantabria (20,9%) y Extremadura (20,7%).

Gráfico 3.1. **PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON OBESIDAD EN ESPAÑA**



Fuente:BBVA Research a partir de ENSE

Las regiones con un menor grado de obesidad son País Vasco (14%), Castilla y León (14,8%), La Rioja (15,6%) y Murcia (15,6%).

Salud física

En el Gráfico 3.2 se pueden ver las enfermedades más frecuentes que sufre la población española dentro de cada comunidad autónoma. En la mayoría de ellas la tensión alta (22.45%) es la enfermedad más común, seguida del colesterol alto (20.42%) y luego los dolores de espalda en la zona lumbar (19.62%). Destacan Galicia, donde el colesterol alto es la enfermedad más común, y en Madrid la alergia. En Canarias, aunque la enfermedad con porcentaje más alto es la tensión alta, presentan una tasa muy elevada de Diabetes comparada con las otras CCAA. (Canarias=11,4%, Promedio España=7,8%).

²³ Se considera población obesa aquella que tiene un índice de masa corporal (IMC) superior a 30.

Gráfico 3.2. **ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES POR CCAA**

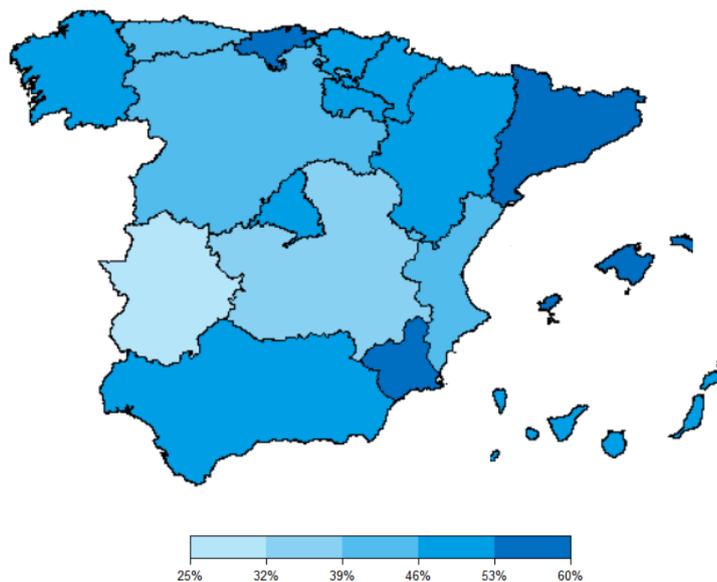


Fuente:BBVA Research a partir de ENSE

Subíndice de salud mental regional

En España, uno de los problemas más frecuentes es el estrés. Según la ENSE, en promedio los hombres y las mujeres perciben un nivel de estrés muy similar, con un 49% de la población que dice estar expuesta a un nivel alto de estrés en el trabajo, 34% a un nivel medio y 16% a un nivel bajo. Las comunidades autónomas que dicen estar expuestas a niveles de estrés más altos son las Islas Baleares, Cataluña y Murcia. Mientras que las comunidades autónomas con niveles de estrés más bajo son Extremadura, Canarias y Asturias (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3. **NIVEL DE ESTRÉS POR CCAA**



Fuente:BBVA Research a partir de ENSE

Índice global de salud

El indicador sintético del estado de salud (0 peor salud, 100 mejor salud) mostraría que el valor medio de España estaría en el 48,1 (Cuadro 3.8). La dispersión del indicador a nivel regional estaría más o menos alrededor de 8 puntos de dicha media, con la excepción de Galicia. Las comunidades autónomas que mostrarían un mejor nivel de salud en su población serían las Islas Baleares, (56,3), Murcia (55,6%) y Aragón (54,7). Por debajo de la media se distingue a larga distancia el caso de Galicia (34,1). Otras comunidades con valores más bajos serían Castilla la Mancha (40,4), Asturias (42,8) y País Vasco (43,22).

En cuanto al estado de salud de la población asegurada y no asegurada, los primeros gozan de un nivel de salud 3 puntos por encima de la población no asegurada. Sin embargo, en función de la comunidad autónoma esta diferencia se puede ver incrementada notablemente. De las 17 regiones, sólo en Baleares y Canarias la población no asegurada tiene un mejor nivel de salud que la asegurada (un punto por encima). La diferencia es mínima en seis comunidades (Murcia, Navarra, Cantabria, Cataluña, Valencia y País Vasco). En otras comunidades sin embargo la población asegurada sí mostraría un nivel de salud superior y muy superior a la no asegurada. Tal es el caso de Galicia (11,3 puntos de diferencia), Madrid (11,33), Asturias (8,24), Extremadura y la Rioja (6,8).

Cuadro 3.8. **ESTADO DE SALUD (0 PEOR SALUD, 100 SALUD ÓPTIMA)**

	Población total	Asegurados	No asegurados	dif aseg-no aseg
Islas Baleares	56,34	55,62	56,65	-1,03
Murcia, Región de	55,68	55,92	55,62	0,30
Aragón	54,80	55,62	54,59	1,03
Navarra, Comunidad Foral de	50,57	50,97	50,47	0,50
Cantabria	50,52	50,73	50,47	0,26
Canarias	50,26	49,44	50,47	-1,03
Extremadura	50,68	55,62	49,44	6,18
Rioja, La	50,68	55,62	49,44	6,18
Cataluña	49,34	49,11	49,44	-0,33
Comunidad Valenciana	48,38	48,41	48,37	0,04
España	48,18	50,50	47,49	3,01
Andalucía	47,58	48,41	47,37	1,04
Madrid, Comunidad de	49,29	56,65	45,32	11,33
Castilla y León	44,14	44,29	44,10	0,19
País Vasco	43,22	43,06	43,26	-0,20
Asturias, Principado de	42,85	49,44	41,20	8,24
Castilla - La Mancha	40,58	46,35	39,14	7,21
Galicia	34,20	43,26	31,93	11,33

Fuente: BBVA Research a partir de ENSE (2017)

Cabe destacar que, aunque las comunidades autónomas de Baleares y Canarias parecen ser la excepción a la regla, sus índices medios de salud de la población asegurada son muy superiores a la media nacional (56,34 y 50,36 respectivamente). No obstante, el nivel bajo del índice de salud en Galicia se debe principalmente a que es la única región que acumula a la vez unos niveles muy bajos de los subíndices calculados. Por un lado, es la región con la peor percepción subjetiva sobre el estado de salud (60,6% frente a una media nacional del 71%), un nivel de estrés alto (Gráfico 3.3), un nivel de actividades físicas bajo (Cuadro 3.7) además de ser la región con el porcentaje de padecimiento de enfermedades más alto en España (79,3% frente a una media nacional de 64%).

Conclusiones

Pese a que España dispone de uno de los mejores sistemas de salud pública del mundo, más de un 18% de la población decide pagar un seguro de salud privado. En este artículo se ha analizado si la población subscriptora de un seguro de este tipo tiene un estado de salud mejor o peor que los no asegurados. Para poder realizar la comparación se ha construido un indicador sintético que agrupe las principales variables que se utilizan normalmente para este tipo de estudios, como son la percepción subjetiva del estado de salud y el padecimiento de alguna enfermedad física o mental.

En líneas generales, la población con seguro privado de salud tiene un estilo de vida más saludable que los no asegurados, especialmente en lo que tiene que ver con llevar un tipo de vida más activa físicamente, ello se traduce en que la tasa de obesidad de los asegurados sea 6 puntos inferior a la de los no asegurados. El estilo de vida es mejor conforme aumenta el nivel educativo. Sin embargo, las mayores diferencias entre población asegurada y no asegurada se producen en el nivel de estudios primarios.

El mismo patrón se encuentra con la percepción subjetiva del estado personal de salud mientras que los no asegurados afirman tener un buen nivel de salud en el 68% de los casos. En la población asegurada lo tendría el 80% de los subscriptores. En cuanto al padecimiento de enfermedades físicas o mentales, el grupo de personas que declararon no haber padecido ninguna enfermedad durante 2017 fue del 34% frente al 42% en el grupo asegurado. De nuevo la mayor diferencia se encuentra en el grupo de estudios primarios.

En un análisis regional muestra una gran variabilidad en cuando a los hábitos de vida saludable. Como resultado global, el porcentaje de población obesa²⁴ en España representa el 17% del total. Las regiones con un mayor grado de obesidad son Asturias (24,3%), Castilla la Mancha (21,1%), Cantabria (20,9%) y Extremadura (20,7%). Por otro lado, las regiones con un menor grado de obesidad son País Vasco (14%), Castilla y León (14,8%), La Rioja (15,6%) y Murcia (15,6%).

El indicador sintético del estado de salud muestra que el valor medio de España es igual a 48,1. Las comunidades autónomas con un mejor nivel de salud en su población son las Islas Baleares, (56,3), Murcia (55,6%) y Aragón (54,7). Por debajo de la media se encuentra a larga distancia Galicia (34,1). Otras comunidades con valores más bajos son Castilla la Mancha (40,4), Asturias (42,8) y País Vasco (43,22).

En cuanto al estado de salud de la población asegurada y no asegurada, sólo en Baleares y Canarias la población no asegurada tiene un mejor nivel de salud que la asegurada (un punto por encima). La diferencia es mínima en seis comunidades (Murcia, Navarra, Cantabria, Cataluña, Valencia y País Vasco). Sin embargo, en otras comunidades la población asegurada muestra un nivel de salud muy superior a la no asegurada. Tal es el caso de Galicia (11,3 puntos de diferencia), Madrid (11,33), Asturias (8,24), Extremadura y la Rioja (6,8).

Los resultados obtenidos en este trabajo sugieren que los subscriptores de un seguro de salud tienen un nivel de salud mejor que los no subscritos debido a la propia autoselección de este grupo de individuos. Las diferencias pueden deberse a que tienen estilos de vida más saludables y a un acceso a los servicios de salud más completos que los no subscritos.

La mayor diferencia se aprecia dentro del nivel de estudios primarios. Quizás el mayor coste de oportunidad de consumir un servicio como es el seguro de salud privado relativo a su renta es mayor que para otros niveles de estudio, lo que podría revelar una mayor preferencia por tener una buena salud con respecto a los individuos que no lo contratan, dentro de su grupo de nivel de estudios.

²⁴ Se considera población obesa aquella que tiene un índice de masa corporal (IMC) superior a 30.

Anexo metodológico

A partir de una batería de índices que revelan aspectos de la salud de los individuos, se resume la información contenida en ellos en tres grandes grupos como son la percepción subjetiva de la salud, la prevalencia de enfermedades físicas y la prevalencia de enfermedades mentales.

La técnica utilizada es el Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) y el Análisis de Componentes Principales (ACP). Los primeros factores de ACP y ACM se consideran indicadores para cada una de las tres dimensiones empleadas; que a su vez serán utilizados para generalizar el indicador final.

Al realizar el ACM para estimar el primer subíndice, los primeros tres factores representan más del 70% de la variabilidad total. No obstante, solo el primer factor explica un 45% de la variabilidad, siendo el factor con mayor porcentaje y por eso se ha decidido utilizar solo el primer factor para el indicador de enfermedades físicas.

Antes de estimar el índice final, se incluye un subíndice que recoge la percepción subjetiva del individuo sobre su estado de salud. Esta variable se obtiene de la ENSE y se incluye como una variable de control en el indicador principal. Finalmente, se estima el índice Estado de Salud a través de un ACP, usando como input los tres sub índices calculados anteriormente, de esta forma se obtiene una sola dimensión que recoge la información de las tres categorías.

Al estimar el índice final, resultado de un ACP de los tres subíndices, se encuentra que se distribuyen con los siguientes pesos:

$$\text{Índice salud} = -0,87 * \text{Índice. Salud.física} + 0,63 * \text{Índice.Percepción.salud} - 0,38 * \text{Índice.Salud.mental}$$

El índice de salud otorga una importancia al sub-índice de salud física con un peso del 87%, seguido por la percepción de estado de salud (63%) y la salud mental al 38%.

Cuadro 3.9. PESOS DEL PRIMER FACTOR EN ACM, SUBÍNDICE SALUD FÍSICA

Enfermedad	Factor
Tensión alta	0,70
Infarto o miocardio	2,20
Angina de pecho, enfermedad coronaria	0,90
Dolor espalda crónico (lumbar)	0,25
Alergia crónica	0,15
Enfermedad pulmonar crónica	1,55
Diabetes	1,90
Colesterol alto	0,20
Cirrosis, disfunción hepática	0,30
Ictus	2,40
Migrañas o dolor de cabeza crónico	-0,80
Tumor malignos	3,10
Lesiones permanentes causados por accidente	1,80

Si por ejemplo, un individuo tiene diabetes, colesterol alto y la tensión alta, su índice sería de:

$$\text{Índice.salud.física} = 1,9 + 0,70 + 0,25 = 2,85$$

Subíndice de enfermedades mentales

Cuadro 3.10. PESOS DEL PRIMER FACTOR EN ACM, SUBÍNDICE SALUD MENTAL

Variable	Categoría	Factor
Padecer dolor	Ninguno	-1,9
	Muy leve	0,2
	Moderado	0,8
	Severo	1,7
	Extremo	2,5
Perder sueño	Mejor que lo habitual	1,1
	Igual que lo habitual	1,2
	Menos que lo habitual	-0,5
	Mucho menos que lo habitual	-1,6
Sentirse útil	Mejor que lo habitual	-1,1
	Igual que lo habitual	-0,7
	Menos que lo habitual	1,4
	Mucho menos que lo habitual	2,3
Ansiedad	Mejor que lo habitual	1,6
	Igual que lo habitual	1,2
	Menos que lo habitual	-0,3
	Mucho menos que lo habitual	-2,1
Sentirse derrotados delante de las dificultades	Mejor que lo habitual	1,1
	Igual que lo habitual	0,5
	Menos que lo habitual	-0,3
	Mucho menos que lo habitual	-1,4
Depresión	Mejor que lo habitual	1,6
	Igual que lo habitual	1,1
	Menos que lo habitual	0,9
	Mucho menos que lo habitual	-0,9
Recibir amor y afecto	Tanto como deseo	-0,9
	Casi como deseo	-1,2
	Ni mucho ni poco	0,1
	Menos de lo que deseo	1,1
	Mucho menos de lo que deseo	1,8
Tener amigos con quien hablar y salir	Tanto como deseo	-0,6
	Casi como deseo	0,1
	Ni mucho ni poco	0,5
	Menos de lo que deseo	0,8
	Mucho menos de lo que deseo	1,6

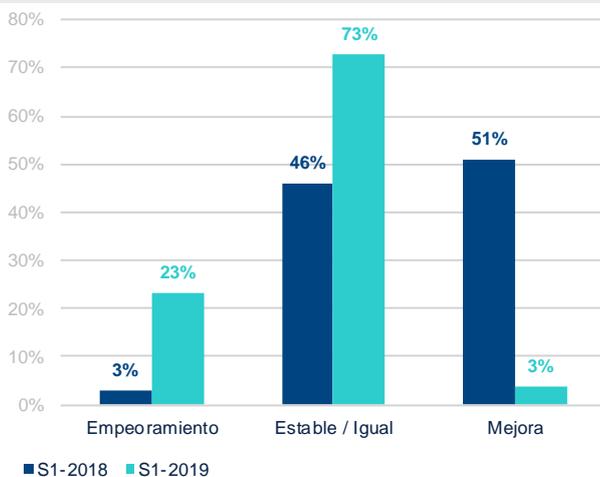
4. Análisis de la situación del sector de seguros mediante la Encuesta de Expertos del BBVA

Percepción sobre la evolución de la economía española

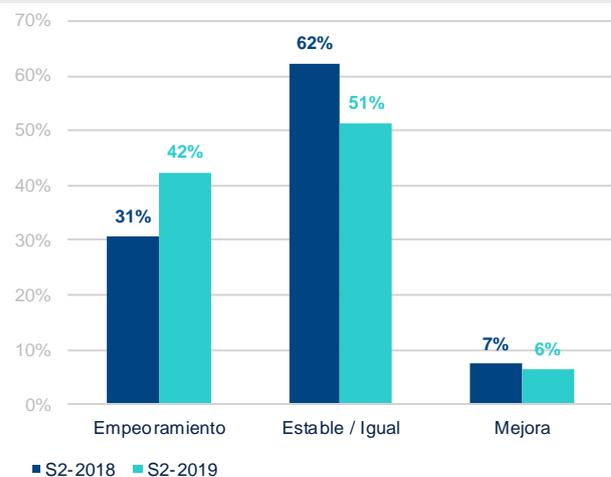
Los resultados de la ESS son consistentes con los datos de crecimiento de la economía española en el primer semestre de 2019 y con las expectativas de crecimiento para el resto del año donde se espera una desaceleración moderada de la actividad.

Los especialistas en seguros de BBVA son menos optimistas sobre la evolución de la economía española que hace 6 meses (Gráficos 4.1 y 4.2). Más de un 23% observa que la economía se ha desacelerado en el primer semestre de 2019, un 73% que se ha mantenido igual, y solo un 3% ha notado alguna mejora, por lo que queda un saldo neto negativo igual al -19%. Sus expectativas para el siguiente semestre continúan deteriorándose con un saldo neto aún más negativo e igual al -36%.

Gráfico 4.1. **PERCEPCIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA EN EL PRESENTE SEMESTRE**



Cuadro 4.2. **PERCEPCIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA EN EL PRÓXIMO SEMESTRE**



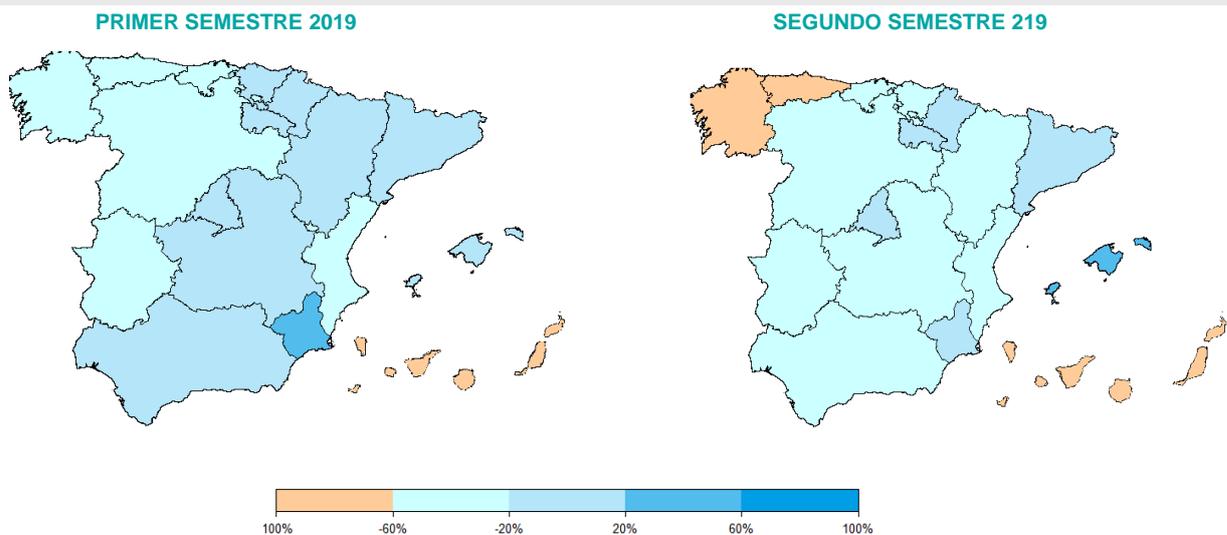
Fuente: BBVA Research

Percepción sobre la evolución de la economía a nivel regional

Asimismo, las expectativas sobre la actividad económica a nivel regional son bastante pesimistas. Si bien la mayoría de los encuestados percibe estabilidad en la economía en algunas regiones como Galicia, Canarias y Asturias, hay un elevado porcentaje que nota un deterioro en la economía local, a excepción de las comunidades autónomas de Murcia y Madrid que tienen un saldo neto positivo (33,3% y 10,3% respectivamente).

En cuanto a las perspectivas para el segundo semestre del presente año, las expectativas son peores que en el semestre actual. Hay menos optimismo en Murcia y Madrid que presentan un saldo neto más bajo y cercano a cero, mientras que la mayoría de las Comunidades tiene un saldo neto negativo. La única excepción para el segundo semestre de 2019 es la región de Baleares dónde se espera una mejora (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.3. **PERCEPCIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA EN EL PRESENTE SEMESTRE**



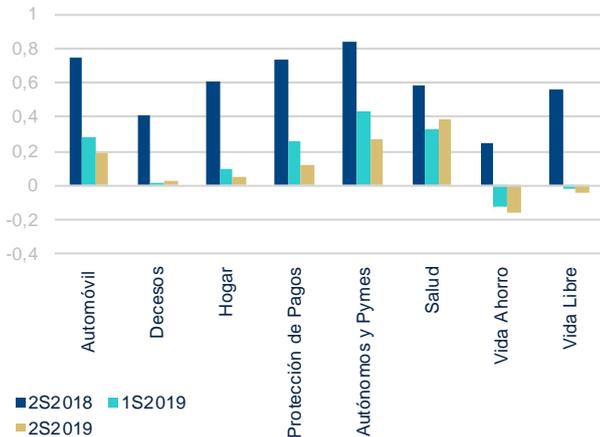
Fuente: BBVA Research

Evolución de las contrataciones de seguros por ramo

Si bien los especialistas en seguros de BBVA son optimistas en general, sobre la evolución de las contrataciones de seguros, su optimismo pierde fuerza. Según el Gráficos 4.4, cada vez hay menos personas que esperan un incremento en las contrataciones. El único ramo dónde se nota más optimismo que en la oleada anterior es el ramo de salud. Estas conclusiones coinciden con las previsiones de BBVA Research para el sector asegurador, dónde se prevé una desaceleración en la mayoría de los ramos, salvo en el ramo de salud dónde se esperan subidas fuertes.

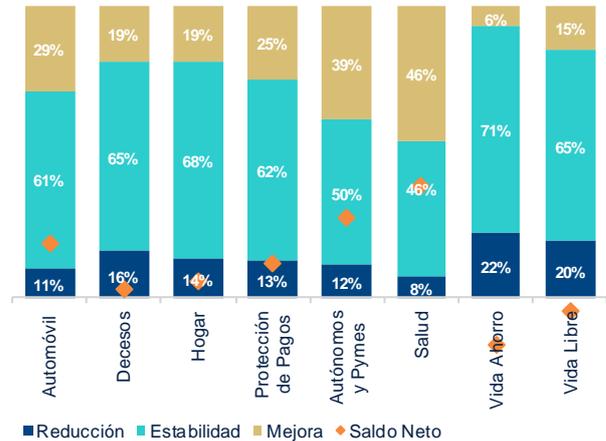
En las expectativas sobre contrataciones para el segundo semestre de 2019 predomina el sesgo de estabilidad para todos los ramos y la expectativa de mejora es mayor a la de reducción de contrataciones, exceptuando los ramos de vida ahorro y vida libre, con un saldo neto negativo, aunque menos negativo que el semestre actual (Gráfico 4.5).

Gráfico 4.4. **EVOLUCIÓN DE LAS PERSPECTIVAS POR OLEADA (SALDO NETO)**



Fuente: BBVA Research

Cuadro 4.5. **PERSPECTIVAS EVOLUCIÓN DE LAS CONTRATACIONES DE SEGUROS POR RAMO 2S2019 (% DE RESPUESTAS)**

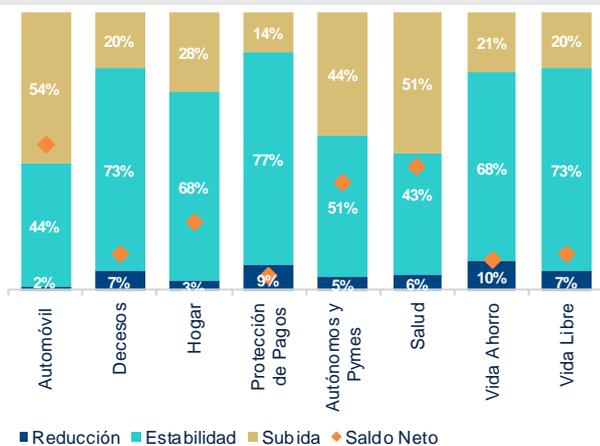


Evolución de competencia en el sector de seguros por ramo

El nivel de la competencia no se ha visto afectado en el último semestre para los distintos ramos del seguro. De hecho, los resultados son casi idénticos que en la oleada anterior. Destacan los ramos de Automóvil y Salud dónde se observa el mayor nivel de competencia. El 54% de los especialistas nota un incremento de la competencia en Automóvil y el 51% en Salud. En el resto de los ramos predomina la estabilidad (Gráfico 4.6).

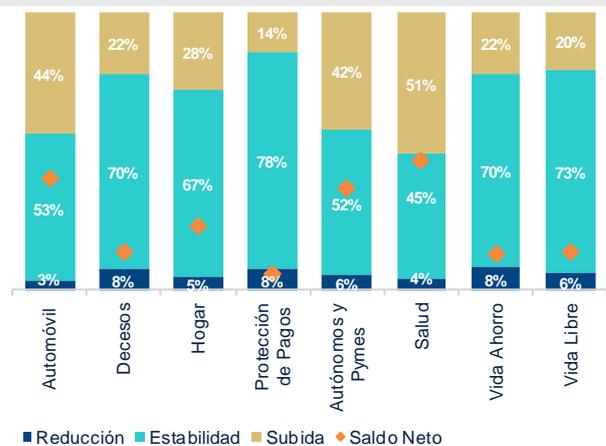
De cara al segundo semestre de 2019 se percibe un escenario parecido al del primer semestre. Se esperan incrementos de competencia en todos los ramos con especiales incrementos en los ramos de Automóvil y Salud; todos los saldos netos permanecen positivos (Gráfico 4.7).

Gráfico 4.6. **EVOLUCIÓN DE COMPETENCIA DE SEGUROS POR RAMO 1S2019**



Fuente: BBVA Research

Cuadro 4.7. **PERSPECTIVAS DE EVOLUCIÓN DE LAS COMPETENCIA DE SEGUROS POR RAMO 2S2019**



AVISO LEGAL

El presente documento, elaborado por el Departamento de BBVA Research, tiene carácter divulgativo y contiene datos, opiniones o estimaciones referidas a la fecha del mismo, de elaboración propia o procedentes o basadas en fuentes que consideramos fiables, sin que hayan sido objeto de verificación independiente por BBVA. BBVA, por tanto, no ofrece garantía, expresa o implícita, en cuanto a su precisión, integridad o corrección.

Las estimaciones que este documento puede contener han sido realizadas conforme a metodologías generalmente aceptadas y deben tomarse como tales, es decir, como previsiones o proyecciones. La evolución histórica de las variables económicas (positiva o negativa) no garantiza una evolución equivalente en el futuro.

El contenido de este documento está sujeto a cambios sin previo aviso en función, por ejemplo, del contexto económico o las fluctuaciones del mercado. BBVA no asume compromiso alguno de actualizar dicho contenido o comunicar esos cambios.

BBVA no asume responsabilidad alguna por cualquier pérdida, directa o indirecta, que pudiera resultar del uso de este documento o de su contenido.

Ni el presente documento, ni su contenido, constituyen una oferta, invitación o solicitud para adquirir, desinvertir u obtener interés alguno en activos o instrumentos financieros, ni pueden servir de base para ningún contrato, compromiso o decisión de ningún tipo.

Especialmente en lo que se refiere a la inversión en activos financieros que pudieran estar relacionados con las variables económicas que este documento puede desarrollar, los lectores deben ser conscientes de que en ningún caso deben tomar este documento como base para tomar sus decisiones de inversión y que las personas o entidades que potencialmente les puedan ofrecer productos de inversión serán las obligadas legalmente a proporcionarles toda la información que necesiten para esta toma de decisión.

El contenido del presente documento está protegido por la legislación de propiedad intelectual. Queda expresamente prohibida su reproducción, transformación, distribución, comunicación pública, puesta a disposición, extracción, reutilización, reenvío o la utilización de cualquier naturaleza, por cualquier medio o procedimiento, salvo en los casos en que esté legalmente permitido o sea autorizado expresamente por BBVA.

Este informe ha sido elaborado por:

BBVA Research

Economista Jefe

Olga Isabel Cerqueira
olga.gouveia@bbva.com

Javier Alonso Meseguer
javier.alonso.meseguer@bbva.com

José Felix Izquierdo
jfelix.izquierd@bbva.com

Inés Salinas
ines.salinas.becas@bbva.com

BBVA Seguros

Francisco Javier Fernández Díaz
fj.fdz@bbvaseguros.es

Hicham Ganga
Hicham.ganga.contractor@bbvaseguros.es

José Antonio García Moreno
ja.garciamoreno@bbvaseguros.es

Con la colaboración de:

Juan Ramón García
juanramon.gl@bbva.com

INTERESADOS DIRIGIRSE A:

BBVA Research: Calle Azul, 4. Edificio La Vela – 4ª y 5ª planta. 28050 Madrid (España).
Tel.: +34 91 374 60 00 y +34 91 537 70 00 / Fax: +34 91 374 30 25
bbvaresearch@bbva.com www.bbvaresearch.com

