

332

Salud mental y su enfoque asegurador

**Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

332

Salud mental y su enfoque asegurador

Estudio realizado por: Beatriz Alba Jiménez Gregorio
Tutor: Gisela Subirà Amoros

**Tesis del Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2023/2024

Cuadernos de Dirección Aseguradora es una colección de estudios que comprende las tesis realizadas por los alumnos del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona desde su primera edición en el año 2003. La colección de estudios es una idea original del Dr. José Luis Pérez Torres, profesor honorífico de la Universidad de Barcelona y la Dra. Mercedes Ayuso Gutiérrez, catedrática de la misma Universidad, y cuenta con la coordinación del Sr. Ferran Rovira Isanda, profesor del Máster.

Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Presentación y agradecimientos

Espero que esta tesis ayude a dar visibilidad y reconocimiento a la salud mental, para que sea entendida y valorada con la dignidad que merece.

Quiero agradecer las contribuciones de mi tutora Gisela Subirà y de Joan Pinyol presidente de Fundación Salud y Persona, también al equipo de Dirección Médica de MGC Insurance por resolver todas mis dudas.

Finalmente quiero agradecer la amistad y el soporte emocional de mis compañeros del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona. Hemos compaginado nuestras responsabilidades laborales y familiares con la exigencia académica, esta sobrecarga, en ocasiones ha puesto a prueba nuestra propia salud mental.

Resumen

A lo largo de esta tesis se estudiará la situación actual de la salud mental en España y sus principales indicadores, se exponen las iniciativas presentes y futuras en distintos ámbitos sociales. Se estudiarán las tipologías de trastornos de salud mental, así como la comorbilidad con otras enfermedades o afecciones físicas. Se aborda la importancia del tratamiento de la salud mental dentro del sistema de salud, en el que los recursos de la sanidad privada y la cobertura los seguros médicos resultan fundamentales para la consecución de los objetivos. Las entidades aseguradoras pueden desempeñar un papel crucial en la promoción de la salud mental, se ha realizado un análisis de las coberturas y exclusiones de determinados productos para entender la gestión de la salud mental dentro del ámbito asegurador.

Palabras Clave: Salud mental, indicadores, sanidad privada, coberturas y exclusiones.

Resum

Al llarg d'aquesta tesis s'estudiarà la situació actual de la salut mental a Espanya i els seus principals indicadors, s'exposen les iniciatives presents i futures en diferents àmbits socials. S'estudiaran les diferents tipologies de trastorns de salut mental així com la comorbiditat amb altres malalties o afeccions físiques. S'aborda la importància del tractament de la salut mental dins del sistema de salut, en el qual els recursos de la sanitat privada i la cobertura les assegurances mèdiques resulten fonamentals per a la consecució dels objectius. Les entitats asseguradores poden exercir un paper clau en la promoció de la salut mental, s'ha realitzat una anàlisi de les cobertures i exclusions de determinats productes per entendre la gestió de la salut mental dins l'àmbit assegurador.

Paraules Clau: Salut mental, indicadors, sanitat privada, cobertures i exclusions.

Summary

This thesis examines the current state of mental health in Spain, focusing on key indicators and on existing and future initiatives across different social areas. It studies the primary mental health disorders and their comorbidity with other diseases and physical conditions. The treatment of mental health within the healthcare system is crucial, and private health resources and insurance coverage are essential for the achievement of desired outcomes. Given that insurance companies can play a significant role in promoting mental health, an analysis of the coverage and exclusions of specific insurance products is conducted to understand the management of mental health within the insurance industry.

Keywords: Mental health, indicators, private healthcare, coverage and exclusions

Índice

1. Presentación del problema.....	9
2. Contexto de la salud mental.....	13
2.1. Preocupación por la salud mental a nivel Mundial.	13
2.2. España y la estrategia de salud mental.....	21
2.3. Empresas aseguradoras y su compromiso con los ODS.	29
3. Clasificación y valoración de las enfermedades de salud mental.	33
3.1. Clasificación de las enfermedades vinculadas con la salud mental. ...	33
3.2. Codificación en España	41
3.3. La incapacidad laboral derivada de las enfermedades mentales.	43
3.4. Enfermedades físicas agravadas por problemas en la salud mental..	47
3.5. Adicciones y salud mental	51
3.6. Discapacidad Intelectual y su protección jurídica.	57
4. Organización del sistema sanitario respecto a la salud mental.....	61
4.1. Organización de la sanidad pública respecto a la salud mental.	61
4.2. Sanidad privada en datos y asegurados.....	64
4.3. Recursos para el tratamiento de la salud mental (sanidad pública y sanidad privada).	66
5. Salud mental en los seguros	71
5.1. Impacto de la salud mental por ramos de seguros	72
5.2. El cuestionario de salud.....	74
5.3. Condiciones generales y exclusiones de cobertura.....	81
5.4. El fraude en los seguros.	102
5.5. Retos y propuestas respecto a la salud mental.	104
6. Conclusiones.....	109
Bibliografía	113
Beatriz Jiménez Gregorio.....	119
ANEXO.	121

Salud mental y su enfoque asegurador

1. Presentación del problema.

Cuando nos referimos al concepto de salud mental, no nos referimos a la mera ausencia de trastornos mentales, sino que se podría definir como un estado de bienestar emocional. El bienestar emocional se puede lograr a través de un equilibrio a nivel físico, emocional, mental y espiritual.

Ciertos aspectos de la vida diaria influyen directamente sobre el bienestar emocional, como por ejemplo la familia, la vida social y las relaciones personales, el trabajo, la situación económica, la alimentación, el sueño, etc, y determinadas circunstancias ocurridas dentro de estos ámbitos pueden generar un riesgo a sufrir afecciones de salud mental. Las personas se enfrentan a las situaciones de forma distinta ya que la forma de reaccionar de cada individuo está asociada a una serie de factores psicológicos, biológicos, educativos, sociales y habilidades emocionales, que pueden hacer que algunas personas sean más vulnerables a padecer afecciones de salud mental.

La salud mental históricamente ha estado en un segundo plano respecto a la salud física, pero las personas empiezan a ser cada vez más conscientes del autocuidado y reclaman a las aseguradoras coberturas de estas necesidades, las aseguradoras a su vez pueden enfocar esta nueva preocupación como oportunidad en la definición de sus estrategias comerciales.

En los últimos años se han visto incrementadas las patologías como ansiedad, depresión, estrés crónico, trastornos alimentarios, adicciones, algunas se han visto agravadas por la pandemia y por los últimos eventos políticos mundiales. También se están incrementando los problemas de salud mental en niños y adolescentes, trastornos de déficit de atención, trastornos alimentarios y nuevos trastornos derivados de las tecnologías (adicción a las pantallas, ciberacoso, distorsión de la imagen corporal). Hay que recordar que ellos serán nuestros futuros asegurados por lo que en consecuencia habrá una demanda creciente de coberturas de salud mental.

No hay que olvidar que ciertos problemas de salud mental tienen comorbilidad con otras enfermedades por lo que una mala salud mental impacta directamente en nuestra salud física.

La preocupación por la salud mental a nivel mundial es cada vez mayor, la ONU ha enfatizado su importancia como parte de la salud global y el desarrollo sostenible dentro del “*Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*” en el que se pretende “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos”, considerando la salud mental como parte fundamental del concepto bienestar y la importancia de integrarla en el sistema de atención primaria. El sistema Nacional de Salud Español, no cuenta a día de hoy con suficientes especialistas y aunque se están poniendo en marcha varios planes y estrategias para la mejora de la cobertura pública de la salud mental, el sistema carece de recursos y de una atención de calidad para su tratamiento. En este contexto, la

sanidad privada y el sector asegurador se presentan como un aliado estratégico, cuya colaboración es fundamental para materializar las metas de este objetivo.

Las personas que sufren un problema de salud mental también sufren estigmatización. Esto se convierte en un arma de doble filo, por una parte provoca que las personas que padecen de salud mental no busquen ayuda y oculten su problema, y por otra parte, las personas que deciden buscar ayuda en ocasiones son cuestionadas sobre la veracidad de sus síntomas o la gravedad de su problema. Estos dos factores son relevantes para las aseguradoras ya que para acceder a determinados productos es necesario un cuestionario de salud que cumplimentará el asegurado, de acuerdo con su propia percepción de estado de salud, por lo que el asegurado podría omitir problemas de salud mental. Por otro lado, las patologías mentales son difíciles de demostrar ya que a veces la única forma de diagnóstico es a través de la percepción subjetiva de la persona que padece los síntomas. Por tanto, puede considerarse como un factor de fraude en algunos productos de seguros y por ese motivo, las aseguradoras excluyen en ellos determinadas coberturas vinculadas con la salud mental.

A lo largo de este trabajo nos referiremos a "problemas de salud mental", "enfermedades de salud mental", "patologías de salud mental", "trastornos mentales" y "afecciones de salud mental", todas las definiciones pueden referirse simplemente a signos de angustia mental o bien a trastornos mentales diagnosticables.

- La angustia mental suele ser un estado emocional transitorio que compromete temporalmente la funcionalidad debido a un aumento del estrés, una pérdida significativa o un trauma. La mayoría de las personas experimentarán angustia mental en varias ocasiones de su vida.
- Los trastornos o enfermedades mentales, por otro lado, son condiciones clínicas que comprenden síntomas específicos y están definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

El objeto de esta tesis en términos "mala salud mental" o "afecciones de salud mental" abarca tanto la angustia mental como las enfermedades o trastornos, sin embargo, esto excluye los trastornos neurológicos y del desarrollo, como la discapacidad intelectual, el autismo y la demencia, que difieren significativamente en su diagnóstico y tratamiento, aunque pueden influir en la salud mental.

El principal objetivo de esta tesis es analizar la situación actual de la salud mental en España y estudiar si realmente las aseguradoras están contribuyendo de forma suficiente a la cobertura, analizaremos si las personas con patologías mentales presentes o futuras están suficientemente cubiertas por los distintos seguros o si por el contrario nos encontramos ante una brecha de protección.

Para efectuar el análisis se han consultado los cuestionarios de salud utilizados para la suscripción de determinados productos, ya que en función de las

respuestas de los asegurados las entidades determinarán los riesgos excluidos, en total se ha tenido acceso a 20 cuestionarios de salud de distintas entidades. En función de la tipología de preguntas formuladas en los cuestionarios nos podemos hacer una idea de las políticas de suscripción de las aseguradoras. También se ha tenido acceso directo a la política de suscripción de tres reaseguradoras, todas ellas presentan políticas muy similares respecto a la salud mental y se entiende que las políticas de las aseguradoras españolas estarán alineadas con los mismos criterios de suscripción.

Se han analizado las condiciones generales y las fichas informativas de producto de las grandes aseguradoras nacionales y también de aseguradoras especializadas. Las aseguradoras seleccionadas en su conjunto representan más del 75% de las primas del sector.

En concreto, los productos vinculados con la cobertura de la salud mental que se han analizado son los siguientes:

- Seguros de Asistencia Sanitaria.
- Seguros de Enfermedad o Seguros de Protección de Ingresos (seguros de Incapacidad Laboral Temporal, Seguros de Indemnización por Hospitalización).
- Seguros de Vida con coberturas de Incapacidad.
- Seguros de Accidentes.
- Seguros de Viaje.

Como mínimo para cada tipología de seguro se han consultado las coberturas de 10 aseguradoras distintas, en algunos productos se han consultado hasta 20 condiciones generales de distintas.

A través de este ejercicio se pretende identificar las prácticas comunes del sector respecto a coberturas y exclusiones de salud mental. Debido a la gran competencia del mercado las coberturas de las compañías son muy similares, por lo que una ampliación de la muestra haría variar muy poco el resultado.

También se ha realizado una recopilación de distintas sentencias judiciales que se han pronunciado sobre las coberturas y exclusiones de las aseguradoras en estos ámbitos.

2. Contexto de la salud mental.

2.1. Preocupación por la salud mental a nivel Mundial.

2.1.1. Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud, en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2012, propuso crear un plan de acción integral sobre la salud mental en la que participasen todos los estados miembros. Se considera la salud mental cómo “un derecho humano fundamental que es un componente esencial del sistema de salud y de la cobertura sanitaria universal y clave para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico”. A partir de aquí se creó ***Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030***, al que se adhirieron todos los estados miembros de la OMS.

En este plan se describe la Salud mental de la siguiente forma¹;

- La Salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos.
- La Salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.
- Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así.

En el Plan se aborda el problema de los sistemas de salud nacionales, estos carecen de recursos para el tratamiento de la salud mental y su atención no es de la calidad suficiente, Además, se pone de manifiesto que las personas que tienen problemas de salud mental sufren estigmatización, discriminación y más probabilidades de sufrir violaciones de los derechos humanos.

¹ Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.

En el año 2022 la OMS publicó el “**Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama general**”. En este informe se realiza un análisis de la evolución y cumplimiento del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 y se concluye lo siguiente;

- No se prevé que ningún país cumpla todas las opciones de aplicación del plan de acción mundial.
- Ha habido avances, pero estos han sido lentos, los sistemas y servicios de salud mental siguen estando mal equipados, se pone de relevancia que es imprescindible integrar la salud mental dentro del sistema de atención primaria de salud.
- Las crecientes desigualdades sociales y económicas, los conflictos bélicos prolongados, las catástrofes y emergencias de salud pública son amenazas para la salud mental que siempre están presentes.
- El interés en la salud mental y su nivel de comprensión han aumentado y han sido numerosos países los que han establecido, actualizado y reforzado políticas o planes de salud mental.

A continuación, se exponen los principales datos sobre la salud mental en el mundo según la OMS²:

Según los últimos datos disponibles, de los presupuestos dedicados a salud, los países dedican menos del 2% del mismo a la salud mental. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que solo hay un psiquiatra por cada 200.000 habitantes y más del **75% de las personas con problemas de salud mental en países de ingresos bajos no reciben tratamiento**. En todos los países, la falta de cobertura de servicios se ve agravada por la ineficiente calidad de la atención.

A cierre de **2019**, 970 millones de personas en el mundo sufrían un trastorno mental, es decir **1 de cada 8 personas**. De los trastornos mentales, la ansiedad y depresión eran los más comunes (301 millones de personas vivían con un trastorno de ansiedad y 280 millones con depresión). Respecto a la depresión sólo un tercio de las personas reciben atención formal.

En **2020**, el número de personas que padecían trastornos de depresión y ansiedad aumentó significativamente debido a la pandemia de COVID-19. Las estimaciones iniciales muestran un incremento del 26% y del 28% respectivamente. Se estima que, en el **año 2023**, Aproximadamente 280 millones de personas en el mundo padecen depresión es decir el 3,8% de la población.³

² Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos: Panorama general.

³ OMS. Notas descriptivas. Trastorno depresivo (depresión)

Las personas con problemas de salud mental graves fallecen un promedio de 10 a 20 años antes que la población general. Además, estas afecciones aumentan el riesgo de suicidio, más de 700.000 personas mueren cada año por suicidio, y es la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 29 años.⁴

Según el Informe “**Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo**”, cada año se pierden 12.000 millones de jornadas laborales a causa de la depresión y la ansiedad lo que supone **un coste de 1 billón de dólares al año en pérdida de productividad** y se calcula que el 15% de los adultos en edad de trabajar tiene un problema de salud mental en algún momento ⁵ (datos de 2022) .

Por tanto, se pone en relevancia que las consecuencias económicas de los problemas de salud mental y las pérdidas de productividad que generan superan los costes directos de la atención que requieren.

2.1.2. Naciones Unidas (ONU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El sistema de las Naciones Unidas está formado por la propia Organización y organizaciones afiliadas (programas, fondos y agencias especializadas) y desde 2011 cuenta con 193 países miembros. La Organización se ha fijado metas para construir un mundo más sostenible y se ha comprometido a emprender acciones colectivas para frenar el cambio climático. En este contexto en el año 2015 aprobó la *Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible*. Esta Agenda tiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que buscan promover la prosperidad y el bienestar de la humanidad y del planeta a través de 169 metas específicas que se centran en como alcanzar estos objetivos.

Los 17 objetivos son los siguientes⁶.

1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
- 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.**
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.

⁴ Organización mundial de la salud. Notas descriptivas: suicidio

⁵ Organización mundial de la salud. Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo.

⁶ ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir la desigualdad en y entre los países.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos urbanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

La Salud Mental, se trata dentro del **Objetivo 3. Salud y Bienestar**, que persigue lograr una cobertura sanitaria universal y proporcionar acceso a medicamentos y vacunas seguras y asequibles para todos. Las metas específicas de este Objetivo 3 para el año 2030 son las siguientes:

3.1 Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3 Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.4 Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.6 Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.7 Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y

educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9 Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

Concretamente la salud mental se trata dentro de la **meta 3.4** que persigue una reducción de las enfermedades no transmisibles, es decir no contagiosas, como es el caso de las patologías mentales, y promover la salud mental y el bienestar. También se puede considerar que la salud mental se recoge dentro de la **meta 3.5** ya que el abuso de sustancias adictivas, estupefacientes y alcohol pueden ser tanto causa como consecuencia de una mala salud mental.

En la Unión Europea, incluyendo España, se están trabajando en estos 17 objetivos de desarrollo sostenible desde distintas perspectivas. Las iniciativas no se limitan sólo a los gobiernos, las empresas y los ciudadanos también pueden contribuir a la consecución de estos objetivos. De hecho, se ha considerado que la única forma de conseguir los objetivos ODS y la agenda 2030 es con colaboraciones público-privadas.

2.1.3. Unión Europea y las iniciativas de salud mental en la Agenda 2030.

Según la Comisión Europea, **La Agenda 2030**, junto con **el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático**, es la hoja de ruta para la cooperación internacional en materia de desarrollo sostenible. La Comisión Europea ha adquirido el compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 y sitúa el Pacto Verde en el centro de sus iniciativas de recuperación.⁷

El 7 de junio de 2023, la Comisión publicó una Comunicación sobre un nuevo enfoque global de la salud mental en Europa, este enfoque equipara la salud mental a la salud física y ofrece un nuevo planteamiento intersectorial de los problemas de salud mental. Según el comunicado los problemas de salud mental afectan a **una de cada seis personas en la UE**, situación que se ha agravado con las crisis que se han sufrido en los últimos años y el coste estimado es de **600.000 millones** de euros al año en Europa. La comisión apoyará a todos los Estados Miembros para la consecución de las metas de la OMS relativas a las

⁷COMISIÓN EUROPEA. Una Europa sostenible de aquí a 2030.

enfermedades no transmisibles y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, en particular en materia de salud mental (ODS 3.4).⁸

Según el comunicado, la acción de la UE en materia de salud mental se centrará en tres principios rectores, que se aplicarán a todos ciudadanos de la Unión Europea:

- i) Tener acceso a una prevención adecuada y eficaz.
- ii) Tener acceso a atención y tratamiento de salud mental asequible y de alta calidad.
- iii) Poder reintegrarse en la sociedad después de la recuperación.

En total se realizarán veinte iniciativas, estas se basan en políticas, enfoques y acciones existentes destacando los siguientes ámbitos de actuación:

Cuadro 1. Iniciativas de la UE

Actuaciones	Medidas
Promoción de una buena salud mental a través de la prevención y la detección precoz.	• Iniciativa europea de prevención de la depresión y el suicidio. • Repositorio en el marco del Portal de Buenas Prácticas de la UE, • «Código europeo de salud mental» • Investigación reforzada sobre la salud cerebral.
Proteger a los niños y los jóvenes durante sus años más vulnerables y formativos, en un contexto de crecientes presiones y desafíos	• "Red de salud mental infantil y juvenil", un conjunto de herramientas de prevención para niños que aborda los factores clave de salud mental y física. • Mejor protección en línea y en las redes sociales.
Atender a las personas en situación de vulnerabilidad.	• Proporcionar apoyo específico a los más necesitados.
Garantizar una buena salud mental en el trabajo mediante la sensibilización y la mejora de la prevención.	• Campañas de sensibilización a escala de la UE por parte de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. • Futura iniciativa de la UE sobre los riesgos psicosociales en el trabajo.

⁸ COMISIÓN EUROPEA. Comunicado de prensa de junio de 2023. Bruselas. Unión Europea de la Salud: un nuevo enfoque global de la salud mental.

Actuaciones	Medidas
Invertir en capacitación y desarrollo de capacidades para reforzar la salud mental en todas las políticas y mejorar el acceso al tratamiento y la atención.	• Programas de capacitación e intercambio para profesionales de la salud mental. • Apoyo técnico para las reformas de la salud mental a nivel nacional.
Dar ejemplo a nivel internacional, sensibilizando y proporcionando apoyo de salud mental de calidad en emergencias humanitarias.	• La Comisión contribuirá a la prestación de apoyo en materia de salud mental a las personas desplazadas de Ucrania y afectadas por sus experiencias

Fuente: Elaboración propia

El presupuesto de **1.230 millones** de euros de financiación de la UE procedente de varios instrumentos financieros ayudará directa e indirecta a los Estados miembros a través de los siguientes programas:

- EU4Health
- Mecanismo de Recuperación y Resiliencia
- Programa de investigación Horizonte Europa
- Fondo Social Europeo Plus
- Fondo Europeo de Desarrollo Regional
- Programa Europa Creativa y otros programas

Según el mismo comunicado, los datos sobre salud mental en Europa son los siguientes:

El acceso a los servicios de salud mental varía de un país a otro de Europa. Según Eurostat, en 2019 había 73 camas de atención psiquiátrica por cada 100.000 habitantes en la UE (esta proporción oscilaba entre un máximo de 141 camas en Bélgica y un mínimo de 8 camas en Italia).

En el año 2020, había 86.000 psiquiatras y entre 9,2 y 28,2 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en función del estado miembro. Esto evidencia una gran desigualdad entre países.

Los problemas de salud mental afectaban a unos 84 millones de personas en la UE (una de cada seis personas), antes de la pandemia. Suponiendo un coste del 4% del PIB Europeo (600.000 millones de euros) con importantes desigualdades regionales, sociales, de género y de edad.

Los costes para la unión europea en materia de salud mental se prevé que incrementen aún más, en línea con los factores estresantes globales (guerras, inflación, nuevas tecnologías, redes sociales, etc).

En 2019, más del 7 % de las personas de la UE sufrían depresión y el 13 % se sentían solas la mayor parte del tiempo.

Según una encuesta elaborada por la Unión Europea a los países miembros *Flash Eurobarómetro FL530: Salud mental (publicado el 9 de octubre de 2023)*, el 46 % de los ciudadanos de la UE han tenido un problema emocional o

psicosocial en los últimos doce meses y el 25 % de los ciudadanos de la UE señalan que ellos o algún miembro de su familia han tenido problemas para acceder a los servicios de salud mental. El 89 % de los ciudadanos de la UE están de acuerdo en que promover la salud mental es tan importante como promover la salud física.⁹

Según el informe *Health at a Glance de 2022 publicado por la OCDE*, casi uno de cada dos jóvenes europeos (de 15 a 24 años) tiene necesidades de salud mental insatisfechas, y en varios países de la UE la proporción de jóvenes (de 18 a 29 años) que declaran síntomas de depresión se duplicó durante la pandemia. En general, el suicidio es una de las principales causas de muerte prematura en la UE, y la segunda causa entre los jóvenes (de 15 a 19 años), después de los accidentes de tráfico (2019).¹⁰

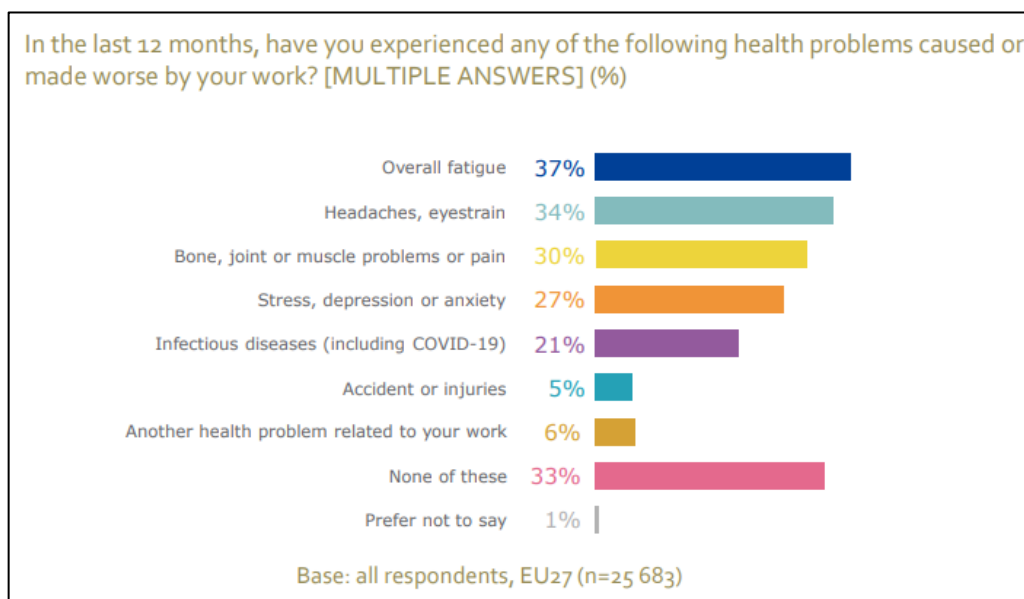
La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo en su informe *Mental health at work after the COVID19 pandemic – What European figures reveal*¹¹, analiza los datos obtenidos en la Encuesta *OSH Pulse realizada por la EU-OSHA en 2022*. Según datos de este informe se estima que para 4 de cada 10 trabajadores el estrés laboral aumentó como consecuencia de la pandemia, y esto es un factor que incrementa las posibilidades de absentismo. Según los resultados de la encuesta, el 46 % de los encuestados afirma estar expuesto a una gran presión de tiempo o a una sobrecarga de trabajo y el 50% considera que revelar una enfermedad mental puede tener un impacto negativo en su carrera. En toda la UE en el año 2022, la fatiga general es el problema de salud más citado causado o empeorado por el trabajo (37%) y el 27% de los trabajadores ha declarado haber experimentado estrés, depresión o ansiedad relacionados con el trabajo durante los doce meses anteriores. La gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo es un imperativo legal en Europa establecido en la Directiva marco 89/391/CEE.

⁹ UNION EUROPEA. Flash Eurobarómetro sobre salud mental, publicado el 9 de octubre de 2023.

¹⁰ OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*.

¹¹ EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK: *Mental health at work after the COVID19 pandemic – What European figures reveal Report*.

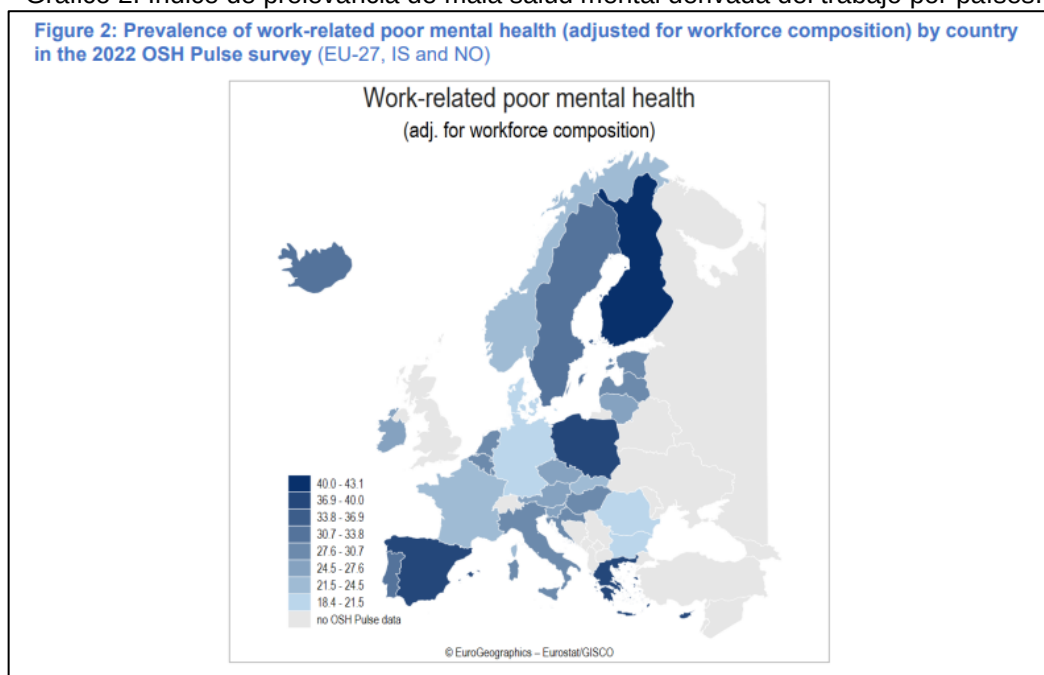
Gráfico 1. Encuesta Europea sobre el lugar de trabajo.



Fuente: European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA. OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces - Flash Eurobarometer – Report.

Según esta encuesta por países, la prevalencia en España se encuentra dentro de los 5 países de la unión con mayor prevalencia de problemas de salud mental en el trabajo junto con Grecia, Chipre Polonia y Finlandia.

Gráfico 2. Índice de prelevancia de mala salud mental derivada del trabajo por países.



Fuente: European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA. Report Mental health at work after the COVID19 pandemic – What European figures reveal.

2.2. España y la estrategia de salud mental.

España desarrolla la Agenda 2030 a través del *Plan de acción para la implementación de la agenda 2030: Hacia una Estrategia Española de Desarrollo*

Sostenible. La Agenda 2030 está articulada en España a través de la movilización de todas las administraciones, a nivel nacional, autonómico y local, ciudadanía, de los actores sociales, las empresas, universidades, centros de investigación, organizaciones de la sociedad civil, alrededor de una visión compartida. El ODS 3 se trabajará desde la **“Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud”**, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Paralelamente el Ministerio de Sanidad impulsa y promueve la **“Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS)”**, desarrollada desde el año 2006 en colaboración con las comunidades autónomas. A partir del acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de 21 de junio de 2017 sobre la reorientación de la **Estrategia de Salud Mental**, se realizó la actualización para el *periodo 2022-2026*. El objetivo de esta Estrategia es proporcionar una herramienta útil para la mejora de la salud mental de la población, atender y acompañar de forma integral a las personas con problemas de salud mental desde una perspectiva exigente de derechos humanos, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social.

¹²

En España se aprobó el **“Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024”** (dentro de la Estrategia Salud Mental del Sistema Nacional de Salud). Se espera que la puesta en marcha de las acciones definidas en el plan de acción facilite *las metas 3.4 (en relación con la promoción de la salud mental y el bienestar) y la meta 3.5 (en relación a la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas)*. Este Plan será cofinanciado entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad que contará en principio, con un presupuesto de **100.000.000 euros**, a través de los Presupuestos Generales del Estado (PGE).¹³

El Plan de Acción consta de 6 líneas estratégicas:

- Línea 1 Refuerzo de los recursos humanos en salud mental.
- Línea 2 Optimización de la atención integral a la salud mental en todos los ámbitos del SNS.
- Línea 3 Sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de salud mental.
- Línea 4 Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
- Línea 5 Abordaje de problemas de salud mental en contextos de mayor vulnerabilidad.
- Línea 6 Prevención de conductas adictivas con y sin sustancia.

En España la **“Encuesta Nacional de Salud (ENSE)”** y la **“Encuesta Europea de Salud en España (EESE)”** ofrecen información periódica sobre el estado de la salud mental de la población. Se van alternando cada 5 años lo que permite

¹² MINISTERIO DE SANIDAD. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026.

¹³ MINISTERIO DE SANIDAD. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024.

hacer un seguimiento de las cuestiones que comparten cada 2,5 años. Se trata de cuestionarios diseñados para proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general, identificar los principales problemas de salud de los ciudadanos, conocer el grado de acceso y utilización de los servicios de salud, y especificar los factores determinantes de la salud. En el momento de redacción la última *Encuesta Europea de Salud en España* (ESEE) es la correspondiente al año 2020 y los últimos datos publicados en la *Encuesta Nacional de Salud son del año 2017*, no habiendo sido publicados los datos relativos al 2023. Los últimos datos de las encuestas reflejan un incremento de los trastornos ansioso-depresivos y de la sintomatología compatible con el trastorno de estrés. Se registran, además, complicaciones asociadas a patologías mentales previas a la pandemia, como en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, los cuadros psicóticos y de las conductas adictivas sin sustancia, especialmente aquellas relacionadas con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS).

El 2 de noviembre de 2023, se publicó el “**Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022**”, este informe reúne información del año 2021 (y algunos datos están actualizados a 2022), y contiene información sobre determinados trastornos mentales. El informe ha sido elaborado a través de los datos de las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

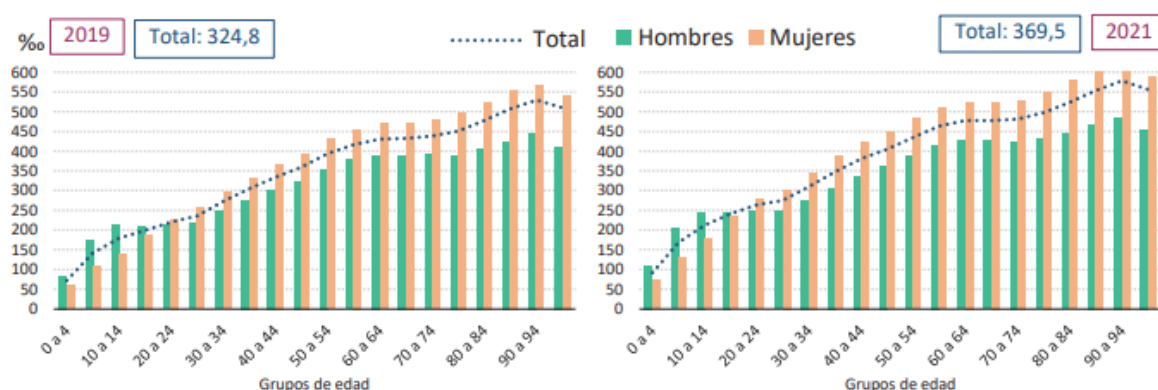
En el informe se publican los siguientes datos relevantes en referencia a la salud mental en España;¹⁴

- Respecto a la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, se destacan los siguientes datos;
 - En España casi 4 de cada 10 personas padece algún trastorno de salud mental: el 37% de la población e incrementa al 50% en el grupo de 75 y más años, con un predominio de mujeres.
 - En 2021 se han registrado 369,5 casos de trastornos mentales y del comportamiento por cada 1.000 habitantes, más en mujeres que en hombres (405,3 vs. 332,2).
 - La prevalencia ajustada por edad es de 357,2 casos por cada 1.000 habitantes, (hombres 326,8; mujeres 384,3) en 2021, es un 13,0% mayor que la de 2019 y un 43,5% mayor que la de 2016.

Tal y como se puede observar en el *Gráfico 3*, La prevalencia aumenta con la edad y hay un patrón por sexo definido, afectando en la infancia y adolescencia más a los hombres, y en la juventud y etapa adulta a las mujeres.

¹⁴ MINISTERIO DE SANIDAD. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022.

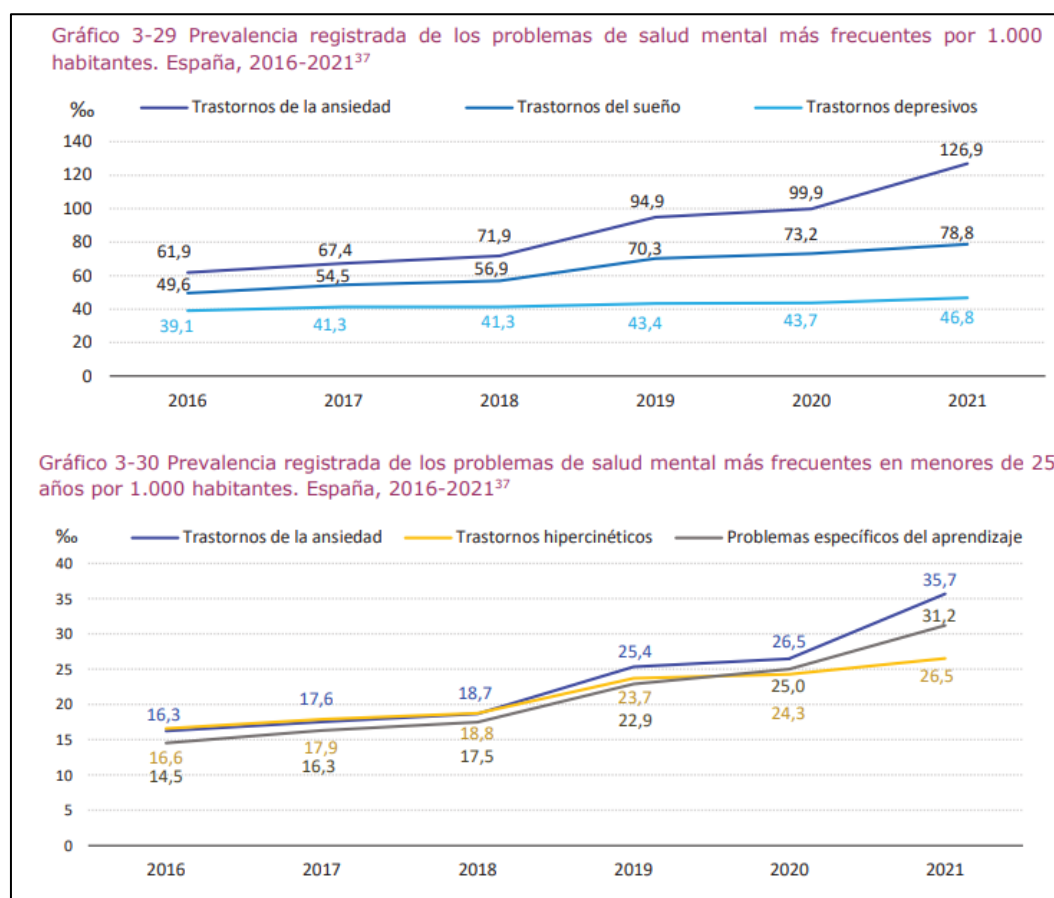
Gráfico 3. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento. Registrados por 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad. España 2019-2021.



Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022.

Los problemas de salud mental más frecuentemente registrados en las historias clínicas de atención primaria son los trastornos de ansiedad (126,9 casos por cada 1.000 habitantes), seguidos de los trastornos del sueño y de los trastornos depresivos (78,8 y 46,8 por cada 1.000 habitantes, respectivamente); con una tendencia creciente en la serie 2016-2021, tal y como se observa en el *Gráfico 4*.

Gráfico 4. Problemas de salud mental más frecuentes en España (2016-2021)



Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022

En la infancia y adolescencia (menores de 25 años), los problemas de salud mental más frecuentemente registrados también son los trastornos de ansiedad (35,7 casos por 1.000 habitantes), seguidos de los trastornos específicos del aprendizaje (31,2) y los problemas hiperkinéticos (26,5); siguen una tendencia creciente, aumentando entre 2019 y 2021 un 40,7%, un 36,2% y un 11,9%, respectivamente.

- Respecto a las consultas y hospitalizaciones derivadas de problemas de salud mental, se obtienen los siguientes datos;
 - 15,1 visitas a los centros de atención primaria al año por cada persona con enfermedad mental, alrededor de un 40% más que la población general.
 - 5.654.449 consultas de psiquiatría anuales en centros de atención primaria y hospitales.
 - 1,6 hospitalizaciones por 1.000 habitantes.
- Respecto al consumo farmacológico, se obtienen los siguientes datos;
 - Consumo de antidepresivos en un año en España 92 DHD, que supone la **3ª posición en Europa** de este tipo de medicamentos. El consumo de antidepresivos ha incrementado un 40% entre el año 2012 y 2021.
 - Consumo de hipnóticos y sedantes en un año en España 35,1 DHD (71% superior al consumo de la UE), ha incrementado un 22% entre 2012 y 2021.

Según el informe ***“El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro”***, publicado en enero de 2024 por el Consejo Económico y Social de España, la salud mental y su abordaje ha estado lastrado por la negativa carga simbólica de la enfermedad, esto ha repercutido desfavorablemente en su visibilidad, en la capacidad diagnóstica, en el acceso a los tratamientos necesarios y por tanto en la calidad de vida de las personas afectadas. Se estima un coste de los problemas de salud mental, equivalente **al 4,2 por 100 del PIB** sin embargo la salud mental recaba una porción reducida de los recursos del sistema en términos de personal especializado.¹⁵

A todo esto, hay que añadir el incremento del número de fallecimientos por suicidio en España, que podría considerarse el peor escenario de una mala salud mental. El 19 de diciembre de 2023, el Instituto Nacional de Estadística (INE) publicó los datos definitivos de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte del año 2022. Entre estas causas que se encuentran las defunciones por suicidio el detalle se puede consultar en la siguiente tabla (*Cuadro 2*).

¹⁵ CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. Informe el sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Colección Informes Número 01/2024.

Cuadro 2. Defunciones por suicidios año 2022 en España.

Defunciones por suicidios año 2022			
Resultados nacionales			
Suicidios por edad y sexo.			
Unidades: suicidios			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	4.227	3.126	1.101
Menores de 15 años	12	9	3
De 15 a 29 años	341	224	117
De 30 a 39 años	436	336	100
De 40 a 44 años	350	273	77
De 45 a 49 años	444	332	112
De 50 a 54 años	486	352	134
De 55 a 59 años	479	354	125
De 60 a 64 años	385	297	88
De 65 a 69 años	278	197	81
De 70 a 74 años	275	188	87
De 75 a 79 años	212	162	50
De 80 a 84 años	216	155	61
De 85 a 89 años	194	159	35
De 90 a 94 años	94	72	22
De 95 años y más	25	16	9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Los principales datos respecto al suicidio en España en base a los datos de 2022 son los siguientes:¹⁶

- El ratio diario de suicidio es de **11,6** y se registró la mayor tasa de suicidio de la historia **8,85 muertes por 100.000 habitantes**. Es la mayor cifra de suicidios registrada en España, siendo el tercer año consecutivo en superarla. Se ha incrementado significativamente el suicidio adolescente (de 15 a 19 años), especialmente en varones.
- El suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa en 2022 (*Cuadro 3*), **con 4.227 fallecimientos** (un 5,6% más que 2021) y es la primera causa de muerte en la juventud española (de 15 a 29 años).

¹⁶ INE, Estadística de defunciones según la causa de muerte. Defunciones según la Causa de Muerte - Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022(datos definitivos).

Cuadro 3. Causas externas de mortalidad año 2022

Causas externas de mortalidad año 2022	Personas	%
Accidentes de tráfico	1.815	9,77%
Otros accidentes de transporte	227	1,22%
Caídas accidentales	3.788	20,39%
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	4.108	22,12%
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	281	1,51%
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	1.070	5,76%
Otros envenenamientos accidentales	230	1,24%
Otros accidentes	2.174	11,70%
Suicidio y lesiones autoinfligidas	4.227	22,76%
Agresiones (homicidio)	305	1,64%
Eventos de intención no determinada	79	0,43%
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	189	1,02%
Otras causas externas y sus efectos tardíos	81	0,44%
Total Causas externas de mortalidad	18.574	100%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda 2030 en España, se han diseñado 232 indicadores que pueden medirse a través de los datos estadísticos que publica el INE, dentro de estos indicadores se considera “**Tasa de mortalidad por suicidio**” como un indicador para la medición de la consecución de la meta *La Meta 3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.*¹⁷

Cuadro 4. Tasa de mortalidad por suicidio

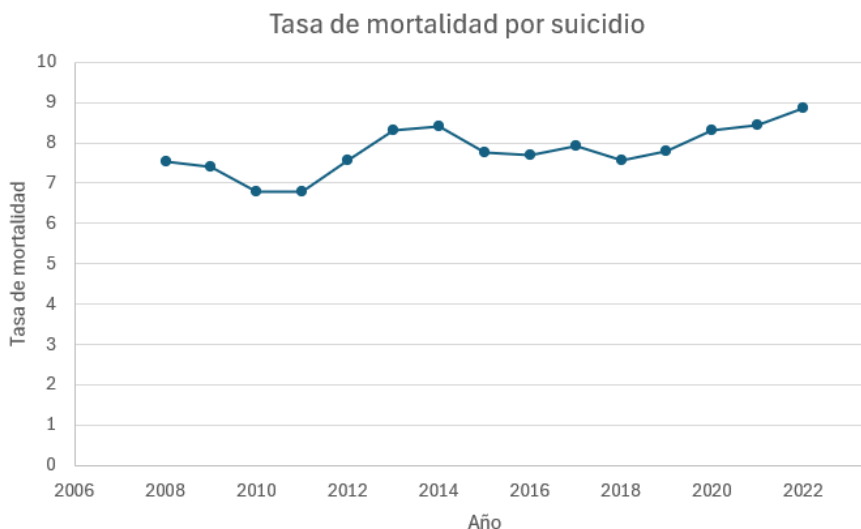
Serie: ECM461719

Periodicidad: Anual

Unidad: Tanto por 100.000

Escala:

AÑO	TASA
2022	8,846
2021	8,45
2020	8,322
2019	7,793
2018	7,57
2017	7,91
2016	7,68
2015	7,76
2014	8,42
2013	8,31
2012	7,57
2011	6,8
2010	6,78
2009	7,4
2008	7,52



Fuente: Tabla de datos INE, Gráfico elaboración propia a partir de los datos de la tabla.

¹⁷ INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

A fecha 26 de junio 2024 el instituto nacional de estadística ha publicado los datos provisionales respecto al número de suicidios del ejercicio 2023 y son los siguientes;

Cuadro 5. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Causas externas

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Causas externas	2019	2020	2021	2022	2023*	Variación 2023/2022
Suicidio	3.671	3.941	4.003	4.227	3.952	-6,5%

Fuente: INE: * Los datos de 2023 son provisionales y se difundirán como definitivos en diciembre de 2024.

Se observa un descenso del 6,5% que puede ser fruto de la puesta en marcha en mayo de 2022 del teléfono 024 para prevenir el suicidio dentro de el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Durante el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2023 al 31 de diciembre de 2023, la Línea 024 ha atendido un total de 13.257 llamadas, según el Informe mensual a diciembre 2023 de línea 024.¹⁸

Según la “**Guía de prevención del suicidio: Protocolo de actuación en conductas autolíticas**”, la presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo de suicidio más importantes. En concreto se atribuyen los siguientes¹⁹;

Cuadro 6. Trastornos mentales como factores de riesgo del suicidio.

Depresión	Supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
Trastorno Bipolar	El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas. Entre el 20% y el 58% de las personas con trastorno bipolar intenta el suicidio.
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	El diagnóstico de esquizofrenia presenta mayor riesgo. Se estima que entre el 25-50% hará un intento de suicidio a lo largo de su vida.
Trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias	Ejerce un papel significativo ya que el riesgo de suicidio es seis veces mayor que en la población general.
Trastornos de ansiedad.	Pueden asociarse con tasas elevadas de suicidio, tentativas y suicidio consumado, duplicando el riesgo de suicidio. La gravedad del síntoma de ansiedad se asocia con un aumento de la ideación e intentos suicidas.

¹⁸ MINISTERIO DE SANIDAD. Informe mensual diciembre 2023 línea 024.

¹⁹ FEDERACIÓN SALUD MENTAL CASTILLA Y LEÓN. Guía de prevención del suicidio: Protocolo de actuación en conductas autolíticas. 2022.

Trastornos de la conducta alimentaria.	La anorexia nerviosa es la que presenta mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía. La prevalencia de autolesiones en personas con trastornos de la conducta alimentaria se sitúa entre el 25% y el 55%.
Trastornos de personalidad	Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad. En torno al 70% de las personas con trastorno límite de personalidad lo intenta al menos una vez en la vida.

Fuente: Elaboración propia

El suicidio se tratará más adelante en el “**Apartado 5.3.3 Seguros de vida**”, ya que está contemplado en el artículo 93 de la Ley General de Seguros y como veremos, los distintos productos aseguradores tienen cláusulas y exclusiones respecto al suicidio y a las tentativas de suicidio.

2.3. Empresas aseguradoras y su compromiso con los ODS.

El sector del seguro, por su amplia capilaridad, número de asegurados, y presencia la economía genera un impacto significativo en la sociedad. Las aseguradoras no están legalmente obligadas a adherirse a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), su adhesión es voluntaria. Pero la adhesión al Pacto Mundial de las Naciones Unidas y a los ODS se ha convertido en una parte importante de la responsabilidad corporativa y de sostenibilidad empresarial. Las empresas del sector seguros, como otras muchas, encuentran en estos objetivos oportunidades de negocio y una forma de comprometerse con el desarrollo sostenible.

La entrada en vigor de distintas normativas relativas al cumplimiento de criterios de sostenibilidad y a la obligación normativa de incorporar factores ambientales, sociales y de gobernanza (ASG) dentro del sistema de gobernanza y gestión de riesgos de las entidades aseguradoras, ha contribuido en parte a la adhesión y divulgación de las entidades aseguradoras respecto a los ODS con los que están comprometidas, así como las iniciativas desarrolladas para su consecución. Las aseguradoras se adhieren a los ODS para mejorar su impacto social y ambiental, para responder a las expectativas de sus clientes y partes interesadas, y para contribuir al bienestar global y al desarrollo sostenible.

Además, varias aseguradoras se han adherido a los Principios de Seguros Sostenibles de las Naciones Unidas. Los Principios de Seguros Sostenibles proporcionan un marco global para que la industria de seguros aborde los riesgos y oportunidades asociados con cuestiones ambientales, sociales y de gobernanza (ASG). Los PSI se basan en la premisa de que el sector asegurador tiene un triple rol en el desarrollo sostenible: como inversor, asegurador y gestor de riesgos. Los principios buscan guiar a las aseguradoras para que integren consideraciones ASG en todas sus operaciones, desde la estrategia empresarial y la gestión de riesgos hasta el desarrollo de productos y la gestión de reclamaciones.

Estos principios son voluntarios y no vinculantes, pero representan un compromiso del sector asegurador con el desarrollo sostenible y la responsabilidad social corporativa.

Según el último informe de ICEA sobre la sostenibilidad del sector asegurador en España²⁰ (elaborado con datos de 125 entidades individuales y que representan el 90,83% del volumen del total de primas a 31 de diciembre de 2023) durante el ejercicio 2023 había un compromiso por parte de las entidades con los siguientes Objetivos de desarrollo sostenible.

Cuadro 7. Entidades aseguradoras comprometidas con los ODS.

Listado ODS	% Entidades con compromiso de trabajo concreto
1. Fin de la pobreza	28,2%
2. Hambre cero	12,8%
3. Salud y bienestar	79,5%
4. Educación de calidad	53,8%
5. Igualdad de Género	79,5%
6. Agua limpia y saneada	12,8%
7. Energía asequible y sostenible	38,5%
8. Trabajo decente y crecimiento económico	69,2%
9. Industria, innovación e infraestructura	38,5%
10. Reducción de las desigualdades	64,1%
11. Ciudades y comunidades sostenibles	48,7%
12. Producción y consumo responsables	43,6%
13. Acción por el clima	76,9%
14. Vida Submarina	12,8%
15. Vida de ecosistemas terrestres	25,6%
16. Paz, justicia e instituciones sólidas	43,6%
17. Alianzas para lograr los objetivos	56,4%

Fuente: ICEA. Estadística de Sostenibilidad del Sector Asegurador. Año 2023

Las aseguradoras pueden contribuir a los Objetivos de desarrollo sostenible desde varias perspectivas, cómo asegurador de riesgos (es decir mediante la propia actividad), mediante las inversiones que realiza, como empleadora y mediante la realización de acciones sociales concretas.

Respecto a la salud mental como se ha explicado en apartados anteriores quedaría recogido dentro del “*Objetivo 3 Salud y bienestar*” y sería un tema que pueden abordar las aseguradoras dentro de su propia actividad aseguradora, tal y como se explicará en el “**Apartado 5. Salud mental en los seguros**”, donde veremos que la salud mental todavía no se equipara al mismo nivel que la salud física en cuanto a la cobertura de los distintos productos aseguradores.

Las aseguradoras también son responsables de la salud mental como empleadoras ya que los factores laborales pueden tener un impacto importante en salud mental de los trabajadores. Se puede vincular este aspecto con el objetivo 8 “Trabajo decente y crecimiento económico”.

²⁰ ICEA: Estadística de Sostenibilidad del Sector Asegurador. Año 2023.

Por tanto, un primer paso en el compromiso con la salud mental por parte de las aseguradoras es la elaboración de políticas internas donde se tenga en cuenta y se cuide la salud mental de los empleados.

Un entorno de trabajo seguro y unas buenas condiciones laborales son factores que minimizan problemas derivado de salud mental derivados del trabajo.

Respecto a las condiciones laborales en España el sector asegurador dispone de un convenio colectivo que mejora las condiciones del estatuto de los trabajadores, y el 66,7% de las entidades aseguradoras mejoran aún más este convenio.

Cuadro 8. Convenios de las entidades aseguradoras

Tipo de Convenio Colectivo	% Entidades
Convenio del sector sin mejoras	11,1%
Convenio del sector mejorado	66,7%
Convenio propio de la empresa	22,2%

Fuente: ICEA: Estadística de Sostenibilidad del Sector Asegurador. Año 2023.

Además, el sector se caracteriza por su estabilidad y por tener mayoritariamente contratos indefinidos, que a cierre de 2023 representaba el 98,2% de la contratación según datos de ICEA.

Cuadro 9. Contratos del sector asegurador en 2023

Tipo de Contrato	%Entidades
Indefinido	98,2%
Fijo-Discontinuo	0,2%
Temporal	1,6%

Fuente ICEA: Estadística de Sostenibilidad del Sector Asegurador. Año 2023.

Según datos del UNESPA recogidos en la *Memoria social del seguro 2023* el sector asegurador es el 5º sector que mejor paga en España con un salario medio de 49.000€ brutos anuales, además el 78,2% de las entidades dispone de un horario flexible y el 71% tiene adoptada alguna forma de teletrabajo. Todos los trabajadores de las aseguradoras cuentan con un esquema de previsión social empresarial, bien a través del seguro previsto en el convenio colectivo (55%) o planes de pensiones u otros sistemas de empleo (45%). El seguro avanza hacia la igualdad en los puestos directivos, las mujeres ocupan cargos de responsabilidad en las aseguradoras, un ejemplo es que el 31,4% de los puestos directivos del seguro está ocupado por mujeres.²¹

²¹ UNESPA Memoria social del seguro 2023.

3. Clasificación y valoración de las enfermedades de salud mental.

3.1. Clasificación de las enfermedades vinculadas con la salud mental.

La clasificación de las enfermedades mentales a nivel mundial se realiza principalmente a través de dos sistemas: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS (que clasifica todas las enfermedades) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APA). Ambos sistemas clasifican los trastornos mentales a partir de los síntomas observados.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM) es una herramienta para diagnosticar enfermedades psiquiátricas. La última versión llamada DSM-5 se lanzó en 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría y ha sido revisada en 2022. Tanto la clasificación CIE como la DSM permiten precisión en la clasificación, pero tienen objetivos distintos. DSM conforma un sistema propio que se centra en describir de forma precisa y sistemática las características propias de un trastorno y sus criterios diagnósticos y tiene diferencias en la cantidad de categorías y en los criterios diagnósticos.

La OMS desde el año 1948 tiene asignada la función establecer y revisar las nomenclaturas internacionales necesarias de enfermedades y causas de muerte. La clasificación CIE son la base principal para el registro sanitario y las estadísticas sobre enfermedades en la atención primaria, secundaria y terciaria, así como en los certificados de causa de muerte. Estos datos y estadísticas sirven de apoyo a los sistemas de pago, la planificación de servicios, la administración de la calidad, la seguridad y la investigación de los servicios sanitarios. La orientación diagnóstica vinculada a las categorías de la CIE también normaliza la recopilación de datos y permite la investigación a gran escala.²²

La última versión CIE-11 (revisión 11), fue adoptada por la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019 y entró en vigor el 1 de enero de 2022. La última publicación actualizada de codificaciones es de mayo de 2024 (CIE 11 -2024).

La CIE 11 sustituye a la anterior CIE 10 que fue adoptada por la Asamblea de la Salud en 1990 y ha quedado obsoleta, además las numerosas modificaciones introducidas en paralelo han limitado la comparabilidad de los datos a escala internacional y la OMS no ofrece mantenimiento de la CIE-10 desde el año 2019.²³

La codificación CIE también es utilizada por las aseguradoras médicas cuyos reembolsos dependen de la codificación de la CIE, por los administradores de

²² OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

²³ OMS. ICD-11 Implementation or Transition Guide.

los programas nacionales de salud, por los especialistas en recopilación de datos, y por otras personas que hacen un seguimiento de los progresos en la salud mundial y determinan la asignación de los recursos sanitarios.²⁴

Según la última codificación CIE-11 los *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo* se clasifican bajo el código 6 y se definen cómo;

“Síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento”.

Dentro de este grupo 6 se encuentran las siguientes afecciones²⁵;

- **Trastornos del neurodesarrollo (6A00-6A0Z).** Son trastornos cognitivos y del comportamiento que surgen durante el período del desarrollo y que implican dificultades significativas en la adquisición y ejecución de funciones intelectuales, motoras, de lenguaje o sociales específicas.
- **Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios (6A20-6A2Z).** Se caracterizan por distorsiones significativas en la evaluación de la realidad y por alteraciones en el comportamiento que se manifiestan a través de síntomas como delirios y alucinaciones persistentes, pensamiento desorganizado comportamiento gravemente desorganizado, y experiencias de pasividad y de control, y por síntomas como embotamiento afectivo o afecto plano y abulia, y alteraciones psicomotoras.
- **Catatonía (6A40-6A4Z).** La catatonía es un síndrome de alteraciones principalmente psicomotoras, caracterizado por la coexistencia de varios síntomas de actividad psicomotora disminuida, aumentada o anómala.
- **Trastornos del estado de ánimo (6A60-6A8Z).** Los trastornos del estado de ánimo se refieren a una agrupación superior de trastornos bipolares y depresivos. Los trastornos del estado de ánimo se definen de acuerdo con determinados tipos de episodios del estado de ánimo y su patrón en el tiempo. Los episodios de alteración del estado de ánimo constituyen los componentes principales de la mayoría de los trastornos **depresivos y bipolares**. Dentro de este grupo existen varias clasificaciones y trastornos que se pueden producir de forma simultánea, pero destacaremos los siguientes:

²⁴ Comunicado de prensa OMS.

²⁵ CIE-11 para estadísticas de mortalidad.

- Los trastornos bipolares u otros trastornos relacionados (6A60-6A6Z), son trastornos episódicos del estado de ánimo definidos por la presencia de episodios o síntomas maníacos, mixtos o hipomaníacos. Estos episodios generalmente se alternan a lo largo del curso de estos trastornos con episodios depresivos o períodos de síntomas depresivos.
- Los trastornos depresivos (6A70-6A7Z), se caracterizan por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar.
 - Trastorno depresivo de episodio único, cuando no hay antecedentes de episodios depresivos previos. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución del interés en las actividades que ocurren la mayor parte del día, casi todos los días durante un período que dura al menos dos semanas acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor y disminución de la energía o fatiga. El trastorno depresivo se subclasifica en leve, moderado, grave o en remisión parcial o remisión total y otra clasificación en función de si está acompañado de síntomas psicóticos o no.
 - El trastorno depresivo recurrente, se caracteriza por antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo.
 - Trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente (es decir, que dura dos años o más), durante la mayor parte del día, durante más días que no. En niños y adolescentes, el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como una irritabilidad generalizada. El estado de ánimo depresivo se acompaña de otros síntomas como interés o placer notablemente disminuidos en las actividades, concentración y atención reducidas o indecisión, autoestima baja o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza sobre el futuro, sueño perturbado o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, y energía baja o fatiga.
 - Trastorno mixto de depresión y ansiedad, se caracteriza por síntomas tanto de ansiedad como de depresión durante un período de dos semanas o más. Existen múltiples síntomas de ansiedad, que pueden incluir sentirse nervioso, ansioso o al límite, no poder controlar los pensamientos preocupantes, miedo a que suceda algo terrible, problemas para relajarse, tensión muscular o síntomas simpáticos autónomos.

- **Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (6B00-6B0Z).** Se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos y problemas de comportamiento relacionados, con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes. El miedo y la ansiedad son fenómenos estrechamente relacionados; el miedo representa una reacción a la amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida. Dentro de este grupo encontramos 6B00 Trastorno de ansiedad generalizada y 6B01 Trastorno de pánico, entre otros.
- **Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados (6B20-6B2Z).** Constituyen un grupo de trastornos caracterizados por pensamientos y comportamientos repetitivos que se cree que comparten similitudes en la etiología y los validadores claves de diagnóstico. Algunos fenómenos cognitivos como obsesiones, pensamientos y preocupaciones intrusivas son fundamentales en un subconjunto de estas afecciones (es decir, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría y el trastorno de referencia olfativa) y se acompañan de comportamientos repetitivos relacionados. También se incluye el trastorno de acumulación y los trastornos por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, que se caracterizan principalmente por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, arrancarse el cabello, pellizcarse la piel) y carecen de un aspecto cognitivo prominente.
- **Trastornos específicamente asociados con el estrés (6B40-6B4Z).** Están directamente asociados con la exposición a un acontecimiento traumático o estresante, o a una serie de eventos o experiencias adversas de este tipo. Para cada uno de los trastornos de este grupo se requiere, aunque no es suficiente, la presencia de un estresor identificable como factor causal. Los acontecimientos estresantes que causan algunos trastornos de este grupo se ubican en el rango normal de las experiencias vitales (por ejemplo, un divorcio, problemas socioeconómicos, muerte de un ser querido). Otros trastornos requieren que ocurran acontecimientos traumáticos sumamente estresantes de naturaleza extremadamente amenazante o terrible para manifestarse (es decir, acontecimientos potencialmente traumáticos).
- **Trastornos disociativos (6B60-6B6Z).** Se caracterizan por una interrupción o discontinuidad involuntaria en la integración normal de uno o varios de los siguientes aspectos: identidad, sensaciones, percepciones, afectos, pensamientos, recuerdos, control sobre los movimientos corporales o comportamiento. La interrupción o discontinuidad puede ser completa, pero generalmente es parcial y puede variar de un día a otro o incluso de una hora a otra. Se incluye en este grupo los Trastornos disociativos con síntomas neurológicos 6B60 (pueden ser diferentes síntomas como alteración visual, alteración auditiva, alteración del habla, vértigo y mareos, alteración del movimiento, etc), también se incluye la Amnesia disociativa 6B61 (se

caracteriza por una incapacidad para recordar importantes recuerdos autobiográficos, típicamente de eventos traumáticos o estresantes recientes, que es incompatible con el olvido ordinario), el Trastorno de trance (6B62), Posesión (6B63) Trastorno de identidad disociativa(6B64), entre otros.

- **Trastornos del comportamiento alimentario (6B80-6B8Z).** Abarcan los comportamientos anormales vinculados con la alimentación que no pueden explicarse por otra afección de salud y que no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo ni congruentes con las normas culturales. Incluyen tanto alteraciones del comportamiento como la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos, como comportamientos anormales vinculados con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporales. Dentro de este grupo se encuentra la 6B80 Anorexia nerviosa (clasificada por grados en función del percentil del IMC) la 6B81 Bulimia nerviosa, 6B82 Trastorno por atracón, 6B83 Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria, 6B84 Síndrome de pica (caracteriza por el consumo regular de sustancias no nutritivas o no comestibles, por ejemplo, arcilla, tierra, tiza, yeso, plástico, papel o ingredientes de alimentos crudos, por ejemplo, de sal o harina), entre otros trastornos.
- **Trastorno de eliminación (orina o heces) (6C00-6C0Z).** Incluye la micción repetida de orina en la ropa o en la cama (enuresis) y el paso repetido de heces en lugares inapropiados (encopresis). El trastorno de eliminación solo puede ser diagnosticado después de que el individuo ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente la continencia (5 años para enuresis y 4 años para encopresis).
- **Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal (6C20-6C2Z)** Se caracterizan por alteraciones en la experiencia que la persona tiene de su cuerpo. El trastorno de angustia corporal implica síntomas corporales que el individuo encuentra angustiantes y a los que se dirige una atención excesiva. La disforia de integridad corporal implica una perturbación en la experiencia de la persona con respecto al cuerpo, manifestada por el deseo persistente de tener una discapacidad física específica acompañada por una incomodidad persistente, o sentimientos intensos de inadecuación con respecto a la configuración actual del cuerpo sin discapacidades
- **Trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos (6C40-6C5Z).** Son los trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, lo que incluye los medicamentos, o comportamientos específicos y repetitivos.
 - Trastornos debidos al uso de sustancias (6C40-6C4Z) Los trastornos debidos al uso de sustancias incluyen trastornos que resultan de una sola ocasión o del uso repetido de sustancias que tienen propiedades

psicoactivas, incluidos ciertos medicamentos. Se incluyen los trastornos relacionados con catorce clases o grupos de sustancias psicoactivas. Por lo general, el uso inicial de estas sustancias produce efectos psicoactivos agradables o atractivos que son gratificantes y reforzantes con el uso repetido. Con el uso continuado, muchas de las sustancias incluidas tienen la capacidad de producir dependencia. También tienen el potencial de causar numerosas formas de daño, tanto para la salud física como mental. Los trastornos debidos al uso nocivo no médico de sustancias no psicoactivas también se incluyen en este grupo (las sustancias no psicoactivas incluyen laxantes, esteroides anabolizantes, hormona del crecimiento, eritropoyetina y fármacos antiinflamatorios no esteroideos).

- Trastornos debidos a comportamientos adictivos (6C50-6C5Z). Son síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con malestar o interferencia con las funciones personales que se desarrollan como resultado de comportamientos repetitivos en búsqueda de alguna recompensa que no implican el uso de sustancias que producen dependencia. Los trastornos debidos a comportamientos adictivos incluyen el trastorno por juego de apuestas 6C50, el trastorno por uso de videojuegos 6C51, lo que puede implicar comportamientos tanto en línea como fuera de línea, entre otros.
- **Trastornos del control de los impulsos (6C70-6C7Z).** Se caracterizan por el fracaso repetido de resistir un impulso, pulsión o necesidad de realizar un acto que es gratificante para la persona, al menos en el corto plazo, a pesar de consecuencias como el daño a largo plazo para el individuo o para otros, marcado malestar en relación con el patrón de comportamiento, o deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Los trastornos del control de los impulsos involucran una variedad de comportamientos específicos que incluyen el incendio, el robo, el comportamiento sexual y los arrebatos explosivos. Dentro de este grupo encontramos la 6C70 Píromanía, 6C71 Cleptomanía, 6C72 Trastorno por comportamiento sexual compulsivo, 6C73 Trastorno explosivo intermitente (se caracteriza por episodios breves y repetidos de agresión verbal o física o destrucción de bienes que representan una falla en el control de los impulsos agresivos, con la intensidad de la explosión o el grado de agresividad totalmente desproporcionados a la provocación o la precipitación de estresores).
- **Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial (6C90-6C9Z).** Se caracterizan por problemas comportamentales persistentes que van desde marcados comportamientos desafiantes, desobedientes, provocadores o maliciosos (es decir, disruptivos) hasta aquellos que violan persistentemente los derechos básicos de otros o importantes normas, reglas o leyes propias de la edad (es decir, disociales). Estos trastornos se inician comúnmente, aunque no siempre, en la infancia.

- **Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados (6D10-6D11.5).** Se caracteriza por problemas en el funcionamiento de algunos aspectos del yo (por ejemplo, identidad, autoestima, precisión de la visión de uno mismo, autodirección) o algún tipo de disfunción interpersonal (por ejemplo, capacidad para desarrollar y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias, capacidad para comprender las perspectivas de otros y para manejar conflictos en las relaciones) que han persistido durante un período prolongado (por ejemplo, 2 años o más). La alteración se manifiesta en patrones de cognición, experiencia y expresión emocionales y comportamiento que son inadaptados (por ejemplo, inflexibles o mal regulados) y se manifiesta en una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones o roles sociales específicos).
- **Trastornos parafilicos (6D30-6D3Z).** Se caracterizan por patrones persistentes e intensos de excitación sexual atípica, que se manifiestan como pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales centrados en terceros cuya edad o situación los hace reacios o incapaces de consentir, y con respecto a los cuales la persona ha actuado o siente un marcado malestar. Dentro de este grupo se incluye los 6D30 Trastorno exhibicionista, 6D31 Trastorno voyerista, 6D32 Trastorno pedofílico, 6D33 Trastorno por sadismo sexual coercitivo, 6D34 Frotismo (conductas sexuales persistentes que involucra tocar o frotarse con otra persona sin su consentimiento en lugares públicos), entre otros trastornos parafilicos.
- **Trastornos facticios (6D50-6D5Z).** Se caracterizan por fingir, falsificar, inducir o agravar intencionalmente los signos y síntomas médicos, psicológicos o de comportamiento, o las lesiones en uno mismo o en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, y que se asocia con un engaño descubierto. Puede haber un trastorno o enfermedad preexistente, pero el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. Las personas con trastorno facticio buscan tratamiento o, de lo contrario, se presentan a sí mismas o a otra persona como enfermos, lesionados o discapacitados según los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o autoinducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, la obtención de pagos por discapacidad o la evasión de un proceso penal). Esto contrasta con la simulación, en la que el comportamiento está motivado por recompensas o incentivos externos obvios.
- **Trastornos neurocognitivos (6D70-6E0Z).** Se caracterizan por déficits clínicos primarios en el funcionamiento cognoscitivo que se adquieren (no se inician en las etapas iniciales del desarrollo). El deterioro cognitivo puede atribuirse a una enfermedad adquirida subyacente del sistema nervioso, un trauma, una infección u otro proceso patológico que afecte al cerebro, el uso de sustancias o medicamentos específicos, deficiencia nutricional o exposición a toxinas, o la etiología puede ser indeterminada. Se incluye en este grupo 6D70 Delirium, 6D71 Trastorno neurocognitivo leve, 6D72

Trastorno amnésico, Demencia (6D80-6D8Z) la demencia se puede subclasificar por distintas causas, por ejemplo demencia debida a Alzheimer, debida a una enfermedad cerebrovascular, debida al consumo de psicoactivos, debido a otras enfermedades como Parkinson o VIH , por exposición a toxinas y metales pesados, por traumatismo craneal, entre otros.

- **Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio (6E20-6E2Z).** Comienzan alrededor de 6 semanas después del parto e incluyen características mentales y de comportamiento significativas, más comúnmente síntomas depresivos, algunos casos incluyen delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos.
- **Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte (6E60-6E6Z)**

Otras codificaciones no clasificadas en el grupo 6 pero que se deben de tener en cuenta a la hora de estudiar la salud mental son;²⁶

- **Reacción aguda al estrés (QE84)** Se trata del desarrollo de síntomas transitorios de tipo emocional, somático, cognitivo o del comportamiento como resultado de la exposición a un evento o situación (ya sea de corta o de larga duración) de una naturaleza extremadamente amenazante o terrible (por ejemplo, desastres naturales o provocados por el hombre, combate, accidentes graves, violencia sexual, agresión). Los síntomas pueden incluir signos autonómicos de ansiedad (por ejemplo, taquicardia, sudoración, rubor), aturdimiento, confusión, tristeza, ansiedad, enojo, desesperación, hiperactividad, inactividad, aislamiento social o estupor. La respuesta al factor estresante es considerada como normal dada la gravedad del factor estresante y, por lo general, comienza a disminuir a los pocos días después del evento o después de la eliminación de la situación de amenaza.
- **Trastornos del sueño y la vigilia (07).** Los trastornos del sueño-vigilia se caracterizan por dificultad para iniciar o mantener el sueño (trastornos del insomnio), somnolencia excesiva (trastornos de hipersomnolencia), alteraciones respiratorias durante el sueño (trastornos respiratorios relacionados con el sueño), trastornos del horario sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia), movimientos anormales durante el sueño (trastornos del movimiento relacionados con el sueño) o eventos conductuales o fisiológicos problemáticos que ocurren mientras se duerme, durante el sueño o al despertar del sueño (trastornos de parasomnia).

Los trastornos del sueño pueden estar vinculadas con trastornos mentales enumerados en el grupo 6 y se deberán de tratar por separado.

²⁶ CIE-11 para estadísticas de mortalidad.

3.2. Codificación en España.

La CIE-10 entró en vigor el 1 de enero de 1993 por la OMS, en España. Desde el 1 de enero de 2016 la clasificación CIE-10-ES es la clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de morbilidad en España sustituyendo a CIE-9-MC. La agenda de los trabajos preparatorios para la transición a la CIE-10-ES fue aprobada por el Consejo Interterritorial el 21 de marzo de 2013.

La CIE-10-ES integra dos sistemas de clasificación, uno de enfermedades para la codificación de diagnósticos y otro de procedimientos. Dichas clasificaciones corresponden a la traducción en castellano, y su posterior validación, de la ICD-10-CM (Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y de los Problemas Relacionados con la salud 10ª revisión, Modificación Clínica) para diagnósticos, y de la ICD-10-PCS (Sistema de Codificación de Procedimientos para la ICD-10-CM) para los procedimientos.²⁷

Aunque la CIE-11 entró en vigor en 2022, en España todavía no se ha implementado en el sistema de salud hasta la fecha. Este proceso de adaptación es complejo y requiere la colaboración de múltiples entidades y profesionales del sector sanitario.

En CIE-10-ES las patologías mentales se tratan en El *Capítulo 5 trastornos mentales y de comportamiento* y clasifica las enfermedades mentales en los códigos comprendidos entre las **categorías F01-F99**, la última edición de la CIE-10-ES se realizó en la 4ª edición publicada en 2022.²⁸

En España a 2024 conviven CIE10-ES junto con la clasificación CIAP2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria).²⁹ La razón de tener dos clasificaciones es para cubrir las necesidades específicas de diferentes niveles de atención. La CIAP-2 se utiliza en atención primaria y es utilizada por médicos generales y de familia. Esta clasificación es más adecuada para el entorno de atención primaria porque permite registrar los motivos de consulta, los problemas de salud y el proceso de atención. La CIE-10, por otro lado, es más detallada y utilizada en el ámbito hospitalario, se utiliza para la codificación clínica y estadísticas de salud a nivel nacional e internacional, tiene una mayor especificidad y orientación hacia la enfermedad. La existencia de ambas clasificaciones permite cubrir las necesidades específicas de diferentes niveles de atención sanitaria. Además, en España todavía existen codificaciones con CIE-9, sobre todo en referencia a bases de datos históricas. De otro lado, los criterios de inclusión y exclusión de las clasificaciones pueden variar con cada edición y ser distintos en cada una.

Las diferencias en la clasificación de enfermedades o diagnósticos, conlleva dificultades a la hora de realizar estudios específicos sobre determinadas enfermedades o diagnósticos vinculados con la salud mental. Cualquier análisis de la frecuencia y distribución de los problemas de salud mental ha de tener en

²⁷ MINISTERIO DE SANIDAD. Proyecto de transición CIE-9-MC a CIE-10-ES.

²⁸ Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos. 4a Edición. 2022.

²⁹ MINISTERIO DE SANIDAD. Clasificaciones y normalización estadística.

cuenta la variabilidad ligada a razones epidemiológicas, culturales y a los sistemas de clasificación y codificación utilizados.

Se detallan los códigos y literales de los problemas de salud mental clasificados según el CIAP2 –Clasificación Internacional de la Atención Primaria– utilizados.

Cuadro 10. Códigos CIAP2 de salud mental

Código	Literal
P06	Trastornos del sueño
P10	Tartamudeo, disfemia espasmódica, tics
P11	Problemas de la conducta alimentaria en niños
P12	Enuresis
P20	Trastornos de la memoria
P22+23	Signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente
P24	Problemas específicos del aprendizaje
P70	Demencia
P71	Otras psicosis orgánicas
P72	Esquizofrenia
P73	Psicosis afectivas
P74	Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad
P75	Trastornos de somatización/de conversión
P76	Depresión/trastornos depresivos
P79.01	Trastorno obsesivo-compulsivo
P79.02	Fobia
P80	Trastorno de la personalidad
P81	Trastornos hipercinéticos
P86	Anorexia nerviosa/bulimia
P98	Otras psicosis no especificadas
P02,P82	Reacción de adaptación

Fuente: BDCAP Sistema Nacional de Salud³⁰

Mediante la codificación de la atención primaria se obtiene la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) se concibe como una base de datos poblacional, representativa a nivel de comunidad autónoma, de la población con Tarjeta Sanitaria asignada a los servicios de Atención Primaria del SNS. Los datos se extraen de una amplia muestra aleatoria de las historias clínicas de la población mediante información clínica codificada y normalizada. Los análisis se centran en el usuario y en aquellos problemas de salud y acontecimientos relacionados que le suceden a lo largo del tiempo, así como en la manera en la que se actúa sobre ellos. Estos datos son utilizados en los principales informes de salud publicados por el ministerio de sanidad.

En este apartado es importante destacar la clasificación de las enfermedades, ya que en las políticas de suscripción de las entidades aseguradoras y de las reaseguradoras se calculan los riesgos, exclusiones y sobreprimas en función de la enfermedad y su correcta clasificación tal y como veremos en el “**Apartado 5. Salud mental en los seguros**”.

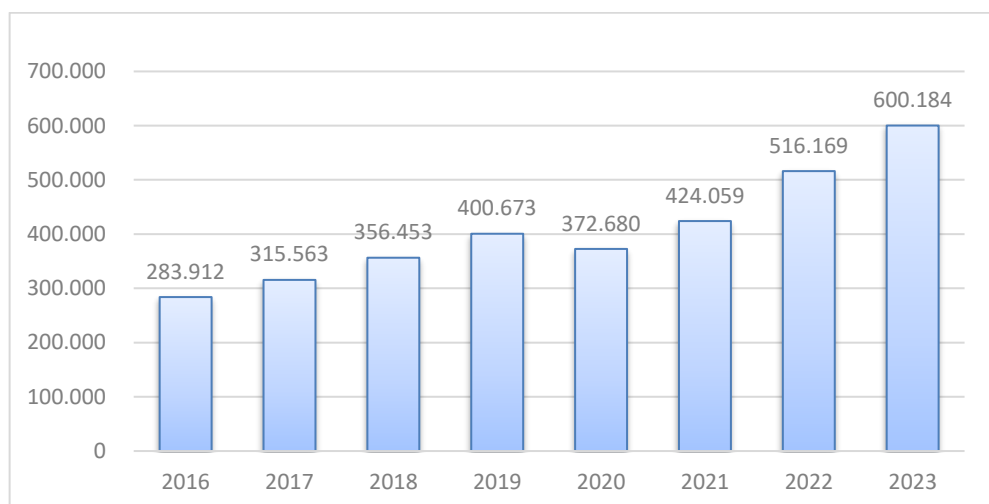
³⁰BASE DE DATOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA-BDCAP. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria.

3.3. La incapacidad laboral derivada de las enfermedades mentales.

3.3.1. Incapacidad Temporal.

Según información facilitada por el portal de transparencia, las situaciones laborales de **IT** derivadas de un diagnóstico incluido en el capítulo trastornos **mentales y de comportamiento (F01-F99) CIE-10**, debidos problemas de salud mental han sido las siguientes:

Gráfico 5. Número de bajas laborales derivadas de problemas de salud mental en España.



Fuente: Elaboración propia datos obtenidos de la Oficina de Transparencia y Acceso a la Información, registro número 00001-00087531. Datos actualizados a 6 marzo 2024.

Estas bajas laborales, sólo representan a personas en activo (no figuran personas desempleadas ni jubiladas) y no se distingue el régimen de cotización a la seguridad social. Los autónomos normalmente cuentan con una póliza de incapacidad laboral temporal o de gastos médicos vinculadas a las bajas de incapacidad temporal.

El Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal 4ª edición, es la referencia estatal para estimar la duración de una situación de incapacidad. Según las tablas correspondientes a *Trastornos mentales y del comportamiento* (tablas disponibles en el anexo), se puede observar que las bajas vinculadas a trastornos mentales tienen un tiempo de recuperación largo, por ejemplo, la depresión según el grado se estima un tiempo de baja entre 30 y 120 días, en el caso de la ansiedad generalizada 30 días, esquizofrenia y psicosis 90 días. Estos tiempos se ajustan mediante tablas de corrección en función de la edad, sexo, ocupación y comorbilidad con otras enfermedades.

La duración máxima de una baja laboral es de doce meses, no obstante, se puede prorrogar seis meses adicionales. Después de ese año y medio, si el trabajador sigue incapacitado para incorporarse al trabajo será remitido a un tribunal médico que determinará si presenta una situación de incapacidad permanente.

Respecto a los contratos de seguros, los seguros de enfermedad o protección de ingresos tienen como objetivo la indemnización económica al asegurado cuando este no pueda trabajar, es decir se encuentre en situación de incapacidad temporal ya sea por enfermedad o por hospitalización. Veremos que en estos seguros se establecen tiempos de carencia para acceder a las prestaciones y también se establecen tiempos máximos de indemnización independientemente de la duración de la baja. No obstante, la mayoría de las compañías aseguradoras analizadas excluyen las bajas de origen psicológico y sólo algunas indemnizan si se produce un ingreso psiquiátrico tal y cómo veremos en el “**Apartado 5.2. Condiciones generales y exclusiones de cobertura**”.

3.3.2. Incapacidad permanente.

Actualmente no existe una normativa concreta que regule qué enfermedades mentales causan Incapacidad permanente. La incapacidad no se reconoce por la patología en si misma sino por cómo limita a un trabajador. Una misma enfermedad puede ser incapacitante para una persona, pero no para otra, y puede generar distinto grado de invalidez en función de cada caso.

Según el artículo 193.1 de la Ley General de la seguridad social” *La incapacidad permanente contributiva es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral*”.

La amplitud de este concepto legal permite incluir las enfermedades mentales. El problema de esta definición radica en el componente “objetivo” de la constatación de los síntomas, los síntomas de las enfermedades mentales son trastornos subjetivos que advierte el paciente, es decir muchas enfermedades mentales se caracterizan por la subjetividad de la sintomatología ya que una misma situación puede afectar de forma muy distinta y a diferente nivel a las personas expuestas a esa misma situación. Normalmente los tribunales se basan en datos de contrastación directa como número de periodos de incapacidad temporal, clase de tratamiento, dosificación de la medicación, número y duración de las hospitalizaciones en centros psiquiátricos, así como la existencia constatada de tentativas de suicidio.³¹

En todo caso, este diagnóstico debe ser realizado por profesionales médicos que determinan el grado en el que las condiciones del trabajador afectan su desempeño laboral.

³¹ Revista de Derecho de la seguridad Social núm. 27: Estudios doctrinales. Enfermedades mentales e incapacidad permanente.

Según el servicio de información sobre discapacidad, las siguientes patologías mentales han sido reconocidas como enfermedades que pueden dar lugar a una incapacidad laboral³²;

- Depresión
- Esquizofrenia
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno bipolar
- Alzheimer
- Demencia

Este listado no excluye otras enfermedades mentales, ya que el criterio para generar una incapacidad permanente depende de los efectos que la enfermedad provoque a cada persona individualmente.

Serán los directores provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o del ISM los que dicten resolución expresa declarando el grado de incapacidad, que determinará la prestación económica a percibir. Esta prestación trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufre un trabajador cuando por enfermedad o accidente ve reducida o anulada su capacidad laboral y de ingresos.

Los grados de discapacidad que se otorgan y su correspondiente prestación económica son los siguientes³³

- **Incapacidad Permanente Parcial** para la profesión habitual: Ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en el rendimiento para dicha profesión. Es compatible con cualquier trabajo incluido el que viniera desarrollando. Consiste en una indemnización a tanto alzado (24 mensualidades de la base reguladora que sirvió para el cálculo de la incapacidad temporal).
- **Incapacidad Permanente Total** para la profesión habitual: Inhabilita al trabajador para su profesión habitual, pero puede dedicarse a otra distinta. Compatible con cualquier trabajo excluido el desempeño del mismo puesto en la empresa. Prestación del 55% de la base reguladora. Se incrementará un 20% a partir de los 55 años cuando por diversas circunstancias se presuma la dificultad de obtener empleo en actividad distinta a la habitual.
- **Incapacidad Permanente Absoluta** para todo trabajo: Inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio. Puede realizar actividades compatibles con su estado. Prestación del 100% de la base reguladora.
- **Gran invalidez:** Cuando el trabajador incapacitado permanente necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida. Se obtiene aplicando a la base reguladora el porcentaje correspondiente a la incapacidad permanente total o absoluta, incrementada con un complemento.

³² Web- Servicio de información sobre discapacidad (<https://sid-inico.usal.es/que-es-el-sid/>)

³³ Información disponible en la Web Seguridad Social (<https://www.seg-social.es/>)

La situación de incapacidad puede revisarse por agravación, mejoría, error de diagnóstico o por la realización de trabajos, mientras el inválido no haya cumplido la edad de acceso a la jubilación, pudiendo dar lugar a la confirmación o modificación del grado o a la extinción de la incapacidad y por tanto de la pensión. Las pensiones de incapacidad permanente pasan a denominarse pensiones de jubilación, cuando sus beneficiarios cumplen 65 años.

Cuando el motivo de la incapacidad sea un accidente de trabajo o enfermedad profesional y se haya determinado la responsabilidad empresarial, la prestación económica tendrá un aumento, según la gravedad de la falta, de un 30% a un 50%.

Este apartado es relevante en cuanto a los Seguros de Vida ya que la mayoría de estos los seguros existen las coberturas complementarias de Invalidez Permanente Absoluta y Invalidez Permanente Total, en el caso de que el asegurado tenga reconocida este tipo de invalidez por INSS y el hecho causante haya ocurrido posterior a la contratación de la póliza, la aseguradora anticipará la suma asegurada, en el **“Apartado 5.3.3. Seguro de Vida”** veremos que normalmente se cubren estas invalideces aunque el origen sea enfermedad mental.

Los productos de Accidentes también tienen condiciones específicas relativas a situaciones de Invalidez Permanente Absoluta y Invalidez Permanente Total, siempre y cuando ésta se haya producido por un accidente. Tal y como veremos en el **“Apartado 5.3.4. Seguro de Accidentes”**. En este caso, el debate se produce en la definición de accidente y qué enfermedades mentales pueden estar vinculadas a un accidente.

3.3.3. Baja por contingencias profesionales.

La enfermedad Profesional se define como aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena.

Accidente laboral es todo suceso súbito que suceda por causa del trabajo y que provoque daño físico o mental al trabajador.

La baja por contingencias profesionales con relación a las enfermedades mentales se produce cuando el trabajador experimenta una enfermedad mental relacionadas con su profesión o la empresa en la que trabaja. Factores como el mobbing (acoso laboral), una relación conflictiva con los compañeros, ansiedad o estrés causadas por cargas de trabajo excesivas, son causas comunes. En estas bajas laborales es la mutua de trabajo quien toma la decisión sobre el tiempo de baja. Si la causa está vinculada al ámbito laboral, se otorgará la baja por contingencias profesionales.

Según el Informe de UGT **“Salud mental y Trabajo”** las patologías derivadas de una incorrecta gestión de riesgos psicosociales de origen laboral no se reconocen como contingencia profesional. Los desórdenes mentales no figuran el cuadro de enfermedades profesionales recogido en el RD 1299/2006 del 10 de noviembre y el reconocimiento de estas patologías como accidente de trabajo es residual ya que el artículo 156 de la ley general de la seguridad social permite, que cuando se pruebe que una enfermedad se debe exclusivamente al trabajo,

sea indemnizada como accidente de trabajo, pero la prueba sobre el origen exclusivamente laboral recae en el enfermo.³⁴

No obstante, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el año 2010 ya incluyó los trastornos mentales y del comportamiento en la lista de enfermedades del trabajo. Si estas patologías fueran reconocidas como una contingencia profesional serían tratadas y gestionadas por los recursos de las mutuas colaboradoras con la seguridad social.

Las bajas por contingencias profesionales también se contemplan en los distintos seguros de indemnización como veremos más adelante en el **“Apartado 5.3.2. Seguros de Enfermedad o Seguros de Indemnización”** en la mayoría de estos seguros las bajas de origen psicológico están excluidas en el caso de que no requieran hospitalización.

3.4. Enfermedades físicas agravadas por problemas en la salud mental.

En el siguiente apartado se tratará la comorbilidad entre salud mental y salud física. Se abordaron los problemas de salud mental más comunes entre la población *la depresión y el estrés* ya que existen varios estudios respecto a sus efectos fisiológicos asociados. Además, estas dos patologías muchas veces no son reconocidas por las personas que las sufren, por lo que no realizan la consulta médica, ni medicación ni tratamiento al respecto. Esto hace que tampoco se declare su existencia en los cuestionarios de salud. Tal y como veremos en el **“Apartado 5.2 El cuestionario de salud”**, por lo que las aseguradoras cubrirían todas las dolencias físicas vinculadas con estas enfermedades mentales.

Es un reto para el sector asegurador obtener información sobre la comorbilidad de todas las enfermedades de salud mental para poder valorar correctamente el riesgo, existe una falta de estudios y de datos armonizados en el sector.

Sin embargo, es imprescindible disponer de manuales y de procesos informatizados que contengan la comorbilidad entre patologías mentales y sus efectos físicos para poder realizar una correcta suscripción de riesgo.

3.4.1. Depresión.

La Sociedad Española de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica, y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) realizó un consenso sobre la salud física en el paciente con depresión³⁵. Según este estudio la comorbilidad entre depresión y enfermedades médicas es muy frecuente y esta asociación es bidireccional, de forma que la depresión puede ser causa o consecuencia de estas.

³⁴ UGT . Informe Salud mental y Trabajo

³⁵ Consenso español de la salud física del paciente con depresión.

En el citado estudio se expone que la depresión es un factor de riesgo de algunas enfermedades y las patologías en las que la relación está mejor establecida son las siguientes:

-Enfermedades cardiovasculares, la comorbilidad de enfermedad cardiovascular y depresión giran en torno a 3 tipos de mecanismos: biológicos, psicosociales y estilo de vida. Dentro de los mecanismos biológicos, las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisoadrenocortical (HHA) provoca un incremento de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea, irritabilidad del músculo cardíaco y alteraciones metabólicas, también influye las alteraciones en la función plaquetaria descritas en pacientes con depresión, que podrían estar involucradas en la patogenia de manifestaciones agudas de las enfermedades cardiovasculares, o el aumento de factores inflamatorios plasmáticos.

-Alteraciones metabólicas Con respecto al riesgo de obesidad, se asocia la depresión con una mayor posibilidad de desarrollo de obesidad la prevalencia de depresión asociada a trastornos endocrinometabólicos, como por ejemplo la diabetes, es elevada y superior a la prevalencia de depresión en la población general. La obesidad también se puede asociar a un estilo de vida no saludable de los pacientes con depresión y a los efectos secundarios de los tratamientos antidepresivos que pueden incrementar el riesgo de alteraciones endocrinometabólicas.

- Inflamación y dolor crónico: Personas con depresión presentan un aumento de algunos marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva, la interleucina y el factor de necrosis tumoral, en comparación con personas sin depresión.

La depresión en pacientes con enfermedades médicas tiene un importante impacto en el empeoramiento del pronóstico de la enfermedad somática asociada. Además, la depresión tiene un impacto negativo en la adherencia al tratamiento, en la capacidad funcional y en la calidad de vida del paciente.

3.4.2. Estrés.

El origen histórico del concepto de estrés parte de las investigaciones que realizó Hans Selye en el año 1936 y que dieron lugar al llamado síndrome general de adaptación. Ante una situación de amenaza (agresores físicos o psicológicos), el organismo para su equilibrio emite una respuesta con el fin de intentar adaptarse. En este proceso de adaptación se distinguen las fases de alarma, de adaptación y de agotamiento.³⁶

Ante la aparición de un peligro o estresor se produce una **reacción de alarma**, los procesos que se producen en el cuerpo son reacciones encaminadas a preparar el organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo.

Ante una situación de estrés el organismo experimenta unas reacciones fisiológicas, que suponen la activación del eje hipofisoadrenarrenal y del sistema

³⁶ Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. NTP 355: Fisiología del estrés.

nervioso vegetativo, ambos sistemas producen la liberación de una serie de hormonas. La activación del hipotálamo segrega la hormona CFR (factor liberador de corticotropina), la hormona adenocorticotropa (ACTH) que da lugar a la producción de corticoides como los glucocorticoides (el más importante es el cortisol) y los andrógenos. La activación simpática supone la secreción de catecolaminas como la adrenalina y la noradrenalina, estas hormonas ponen al cuerpo en estado de alerta.

En la fase de resistencia o adaptación el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de factores que percibe como una amenaza y en esta fase los niveles de corticoides se normalizan y suele tener lugar la desaparición de la sintomatología. Un determinado grado de estrés estimula el organismo y permite que éste alcance su objetivo, volviendo a la "normalidad" cuando el estímulo ha cesado. Cuando se mantiene la presión y se entra en el estado de resistencia, las personas empiezan a tener una sensación de discomfort (tensión muscular, palpitaciones, etc.).

El estrés debe entenderse como la respuesta del cuerpo a los cambios que crean demandas muy exigentes. Cada persona percibe un factor estresante de manera distinta. Existen diferencias entre el estrés positivo, denominándolo eustrés (tensión productiva en dosis proporcionadas, se considera útil y motivado ya que ayuda a mejorar el desempeño y alcanzar los desafíos) por tanto este estrés es beneficioso, pero en caso de durar demasiado o producirse una falta de control de la situación, la tensión empieza a incrementarse y se convertirá en distrés (el estrés negativo).

Este estrés negativo se da cuando agresión se repite con frecuencia, es de larga duración, o los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes, los síntomas se convierten en permanentes y desencadenan la enfermedad. Se llega al **estado de agotamiento**, con posibles alteraciones funcionales y/u orgánicas: son las llamadas "enfermedades de adaptación". El cortisol juega un papel muy importante en el sistema inmunológico. Se produce una alteración tisular y aparece la patología llamada psicósomática.

Las respuestas biológicas del estrés pueden ser las siguientes en función de si se encuentra en la fase inicial de alarma o en la fase de agotamiento;

Cuadro 11. Sintomatología asociada al estrés

AFECCIÓN	TENSIÓN (FASE INICIAL)	ESTRÉS
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas
Humor	Concentración mental	Ansiedad, pérdida del sentido del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca, nudo en la garganta
Músculos	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular, tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea
Estómago	Secreción ácida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos
Intestino	Aumenta la actividad motora	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Flujo disminuido	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea
Piel	Menor humedad	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones
Energía	Aumento del gasto energético, aumento del consumo de oxígeno	Fatiga fácil
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco	Hipertensión, dolor precordial

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo NTP 355: Fisiología del estrés

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, publica en 2006 la investigación “**Estrés: Aspectos Médicos**”. En esta investigación se muestra una panorámica general del estrés desde una perspectiva médica, dirigida a analizar, fundamentalmente, las reacciones biológicas de estrés y las repercusiones sobre la salud ligadas a la percepción de estrés. Se destacan de esta investigación los siguientes aspectos:

- En el estrés hay que considerar tres elementos fundamentales: el agente estresor, la persona sometida a dicho agente y las respuestas del organismo en respuesta al agente estresante. Los factores estresantes pueden influir en la evolución y/o pronóstico de una enfermedad existente que a su vez puede haber sido desencadenada o no por el estrés. Ante un agente estresor se producen respuestas biológicas y psicológicas con la participación de estructuras del Sistema Nervioso Central especialmente el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y sistema nervioso simpático (SNS).

- La respuesta fisiológica al estrés consiste en la puesta en marcha de una compleja red de reacciones, con dos componentes primordiales³⁷:
 - Componente nervioso, que configura el sistema de alarma.
 - Componente hormonal, que configura el sistema de defensa. El componente hormonal está determinado por el eje HPA constituido, por el hipotálamo, la hipófisis (pituitaria) y la glándula suprarrenal.
- Esta respuesta el estrés puede influir, de forma resumida, en los siguientes ámbitos;
 - Alteraciones en el sistema nervioso y sistema inmune
 - Afecciones cardiovasculares.
 - Patologías digestivas
 - Inflamación inmune. Enfermedades autoinmunes.
 - Enfermedades atópicas
 - Patologías respiratorias
 - Afecciones cutáneas
 - Trastornos reumáticos
 - Trastornos neurológicos
 - Afecciones endocrino-metabólicas
 - Trastornos urinarios
 - Infecciones y respuesta inmune
 - Trastornos ginecológicos y función reproductora femenina
 - Trastornos sexuales en el hombre
 - Repercusiones hematológicas
 - Cáncer
 - Alteraciones del sueño.
 - Enfermedades vinculadas con conductas, comportamiento alimentario
 - Enfermedades vinculadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas
 - Trastornos y manifestaciones psíquicos

3.5. Adicciones y salud mental.

Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2022 las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población española de 15-64 años son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes con o sin receta, seguidos del cannabis y la cocaína. Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los fármacos con potencial adictivo (hipnosedantes y analgésicos opioides), donde las mayores prevalencias se dan en los grupos de edad más avanzada.³⁸

³⁷ INSHT: Estrés. Aspectos médicos (2ª edición) - Año 2006.

³⁸ MINISTERIO DE SANIDAD. Informe 2023 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

Dentro de este campo existen 4 ámbitos a considerar:

- Drogas legales (tabaco, alcohol).
- Fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo.
- Drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.
- Adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y online), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías

Los resultados de la encuesta EDADES 2022 (Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, efectuada cada 2 años), dirigida por la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, arroja los siguientes resultados respecto a la situación española respecto al año 2022;

- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y su consumo excesivo es el primer problema de salud pública, y causa de un grave daño social y a terceros. Entre los 15 y los 64 años, en el año 2022, el 76,4% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 64,5% en los últimos 30 días y el 9,0% diariamente en los últimos 30 días.
- El cannabis es la sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años. En 2022 el 40,9% ha consumido cannabis alguna vez en la vida, el 10,6% en los últimos 12 meses, el 8,6% en los últimos 30 días y el 2,8% a diario en el último mes. En los últimos años el consumo ocasional parece estable, pero el consumo diario se ha incrementado a un 2,8% en 2022 desde un 1,7% en 2007, al igual que ocurre con el consumo esporádico, pasando de 30,4% en 2013 a 40,9% en 2022 (10,5%).
- En 2022 un 12% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, el 2,4% de la población ha consumido cocaína en los últimos 12 meses y el 1,4% en el último mes.
- El consumo de heroína está estabilizado, en 2022 un 0,6% de la población de 15-64 años la ha probado alguna vez en la vida y un 0,1% en el último año. La edad media de inicio es de 21,2 años.
- En 2022 los consumos de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles presentan niveles relativamente bajos. Consumo en los últimos 12 meses: 0,8% éxtasis, 0,6% anfetaminas, 0,6% alucinógenos y 0,2% inhalables volátiles.
- Se estima que el 1,7% de la población española de 15 a 64 años podría presentar un patrón de posible juego problemático o un trastorno del juego (DSM-5 ≥ 1). El valor es superior en los hombres que en las mujeres (2,4% en hombres vs 0,9% en mujeres) y ha disminuido con respecto a 2020, cuando dicha prevalencia fue del 2,2%.

- El 3,5% de la población dice hacer un uso compulsivo de internet. Aunque esto no se reconoce como adicción, hay un interés estatal en monitorizarlo. Es casi igual en mujeres que en hombres (3,6% vs 3,4%), y se aprecia un ligero descenso en este indicador (3,7% en 2020)

En 2021 se notificaron **12.476 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga**. El alcohol y los hipnosedantes se sitúan como las sustancias que más urgencias generan, por encima de las sustancias ilegales.

En 2021, se registraron en España **44.347 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco)**. Este dato supone un aumento del 15% respecto al 2020. La cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (46,8% del total), seguida del cannabis (27,8%) y los opioides (19,2%). Más de la mitad (56,9%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos. El sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud/médico general/Atención Primaria de salud) derivó a tratamiento aproximadamente a una cuarta parte de los admitidos (24,9%). Cabe destacar que 93,7% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2021 lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

Además de las sustancias ilegales, en 2021 se notificaron **25.140 admisiones a tratamiento por alcohol**.

El consumo de drogas y adicciones tienen una comorbilidad respecto a la salud mental. Las personas con una inadecuada salud mental pueden tratar de evadirse mediante el consumo de estas sustancias. También hay un efecto contrario, los consumidores de estas sustancias pueden desarrollar patologías mentales y físicas que se detallan a continuación:³⁹

Cannabis: El impacto psicológico del consumo de cannabis tiene una especial relevancia, dado que quienes lo utilizan principalmente son los jóvenes. Provoca dificultades para estudiar, al disminuir las funciones de atención, concentración, abstracción y memoria. Puede causar reacciones agudas de ansiedad y, en personas con predisposición a padecer trastornos mentales, puede provocar la aparición de estos trastornos o agravar los que ya se padecen. El consumo de cannabis puede dar lugar a varios tipos de trastornos mentales, entre los que se incluyen los trastornos psicóticos. Su consumo aumenta más de cinco veces el riesgo de padecer psicosis a lo largo de la vida. Cuanto antes se comienza a consumir y más frecuente es el consumo, mayor es el riesgo.

Tabaco: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes.

³⁹ MINISTERIO DE SANIDAD. Plan Nacional sobre Drogas 2021-2024

Está directamente relacionado con la aparición de múltiples enfermedades (de las cuales 20 son diferentes tipos de cáncer según la International Agency for Research on Cancer (IARC) en su informe "World Cancer Report 2020" y es la principal causa de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares. Las personas con ansiedad y estrés recurren al tabaco muchas veces de forma compulsiva para intentar aliviar sus síntomas por lo que el consumo de este incrementa.

Alcohol: El consumo de alcohol sobre todo entre los jóvenes, se ha convertido en un problema de salud. El consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia. Destacan los siguientes: Hipertensión arterial, alteraciones del sueño, gastritis, agresividad, úlcera gastroduodenal, depresión, cirrosis hepática, disfunciones sexuales, cardiopatías, deterioro cognitivo, encefalopatías, demencia, cáncer, psicosis. Una de las consecuencias más graves del consumo excesivo de alcohol es el alcoholismo o dependencia alcohólica. Se trata de una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.

Cocaína: El consumo de cocaína puede producir problemas físicos y psicológicos además de adicción. El consumo habitual afecta al funcionamiento cerebral y puede provocar trastornos psíquicos como ideas paranoides (de persecución, de grandeza) o depresión, y desencadenar cuadros de psicosis y esquizofrenia. También provoca daños muy importantes en los sistemas circulatorio y respiratorio y complicaciones neurológicas y gastrointestinales. A estos daños hay que añadir los propios de la vía de administración. Si la vía es nasal puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales, rinitis o incluso la perforación del tabique nasal; en el caso de inyectarse puede provocar reacciones alérgicas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a la vía endovenosa (VIH, hepatitis, etc.). La dependencia de la cocaína es una de las más intensas. La supresión de su consumo tras un período prolongado da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, etc.

Heroína: La supresión del consumo de heroína ocasiona la aparición del síndrome de abstinencia. Se trata de un conjunto de signos y síntomas entre los que destacan: ansiedad, agresividad, midriasis (dilatación pupilar), lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, diarrea, náusea, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad. Los heroinómanos dejan de mostrar interés por su entorno, por su familia y por sus amigos, pierden el sentido de responsabilidad respecto a sí mismos y a los que le rodean y, a menudo, no cumplen con las exigencias de la vida de estudio o profesional. Además de la adicción, el consumo de heroína conlleva importantes riesgos y consecuencias negativas para la salud. Es necesario tener en cuenta no sólo la sustancia en sí misma, sino también los adulterantes utilizados en su manipulación, los hábitos higiénicos precarios y las conductas y prácticas de riesgo a las que se asocia su consumo. El uso crónico de la heroína mediante inyección provoca la aparición

de venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas de vasos sanguíneos, abscesos y otras infecciones de la piel y tejidos blandos, y enfermedades hepáticas, cardíacas y renales. Las complicaciones pulmonares pueden ser el resultado tanto de los efectos depresores de la heroína como de la mala salud del consumidor, que por sus hábitos higiénicos o estilo de vida, es más susceptible de adquirir enfermedades respiratorias (bronquitis, tuberculosis, etc). Compartir las jeringuillas u otros útiles de inyección, provoca infecciones por virus como el de la inmunodeficiencia humana (VIH), los de la hepatitis B y C.

Metanfetamina, drogas de síntesis (éxtasis, el GHB, la ketamina, el PCP) y nuevas sustancias psicoactivas. Además de la adicción, las personas que consumen estas drogas a largo plazo pueden tener, con mayor frecuencia, síntomas psiquiátricos como ansiedad, confusión, insomnio, cambios de humor, y desarrollar una conducta violenta, algunas de las drogas pueden generar pérdida de memoria trastornos psicóticos y ataques de pánico, sintomatología obsesiva e ideación paranoide.

3.5.1. Reducción de consumo de drogas como Objetivo de Desarrollo Sostenible.

Según la OMS, la magnitud de los problemas de salud pública relacionados con el consumo de drogas y las enfermedades y trastornos conexos sigue siendo enorme, habida cuenta de que unos 275 millones de persona consumieron fármacos psicoactivos en 2020 y, según las proyecciones, para 2030 esa cifra aumentará un 11% en todo el mundo y 36 millones de personas sufrirán trastornos derivados de este del consumo de drogas.⁴⁰

Se considera esta carga de morbilidad es en gran medida prevenible y por eso dentro del ODS 3 Salud y bienestar” este punto se trata dentro de la meta del 3.5:

- *3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.*

Las drogas inyectables provocaron un 20% de las infecciones por el VIH fuera del África subsahariana según la OMS. Además, el consumo de estas sustancias incrementa accidentes de tráfico, por tanto las medidas efectuadas para la reducción del consumo de drogas contribuye simultáneamente a las siguientes metas;

- 3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

⁴⁰ OMS. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. Informe del Director General. 75.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. (25 de abril de 2022)

- 3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- 3.6. Para 2030, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

El consumo de drogas y sus consecuencias son una importante causa directa de morbi-mortalidad evitable en España. La transferencia competencial a las comunidades y ciudades autónomas de la atención integral a las personas con problemas de adicciones ha supuesto una evolución diferenciada de los itinerarios terapéuticos y los recursos dedicados en cada uno de los Planes Autonómicos de Droga.⁴¹

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en julio de 1985, se han elaborado y aprobado distintos planes y estrategias consensuados y aprobados por Consejo de Ministros para establecer el marco de actuación de las políticas de adicciones en España, así como las líneas generales de ejecución de las misma. Actualmente se está llevando a cabo la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, desarrollado en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024. En su elaboración participan los órganos de la Administración Central todos los Planes Autonómicos de Drogas y otras adicciones; representantes de la Administración Local, así como Organizaciones del Tercer Sector y representantes de sociedades científicas. Se desarrolla en torno a 6 ejes de actuación: la Coordinación; la Prevención y Sensibilización Social; la Atención Integral; la Mejora del Conocimiento; la Reducción de la Oferta y la Cooperación Internacional.

La mayoría de las políticas de suscripción de las aseguradoras excluyen a las personas que tienen una adicción a las drogas y al alcohol en el momento de contratación de la póliza. Respecto al consumo de drogas y alcohol las pólizas de seguro **excluyen en las condiciones generales la cobertura de cualquier accidente producido bajo los efectos de las drogas o a consecuencia de su consumo**, como veremos en el “***Apartado 5.3 Condiciones generales y exclusiones de cobertura***”. Además, se excluye cualquier enfermedad derivada del consumo de estas drogas y su tratamiento está excluido en las pólizas de salud y protección de ingresos.

En referencia a al **tabaco**, en la mayoría de los cuestionarios de salud se pregunta si la persona es fumadora o no ya que **es un factor de riesgo y puede generar en un recargo en la prima** en algunos tipos de seguro.

⁴¹ MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Estrategia Nacional Sobre adicciones 2017-2024.

3.6. Discapacidad Intelectual y su protección jurídica.

La discapacidad Intelectual se define según la asociación americana de Discapacidades y del Desarrollo como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que abarca muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas. Esta discapacidad se inicia durante el desarrollo y origina antes de los 22 años según la 12ª revisión⁴², en la anterior revisión el límite de edad era a los 18 años.

El cociente intelectual es una medida utilizada ampliamente para determinar la capacidad intelectual y se utiliza para definir la Discapacidad Intelectual. Se consideran sugerentes una CI<70, equivalente a dos desviaciones estándar por debajo de la media, pero este indicador no evalúa la gravedad.

Las causas de la discapacidad son variadas, afectan factores biológicos, sociales conductuales o educacionales y puede ocurrir antes o después del nacimiento. Puede además deberse a condiciones genéticas (síndrome de down), infecciones, traumatismos, condiciones metabólicas, exposiciones a agentes tóxicos o entornos de baja estimulación o maltrato.

De haber aparecido el bajo funcionamiento intelectual en la edad adulta (por ejemplo, después de un accidente de coche o una enfermedad se denominaría daño cerebral y no discapacidad intelectual.⁴³

La discapacidad intelectual implica déficits en el comportamiento intelectual (razonamiento, resolución de problemas, planificación, abstracción, aprendizaje académico, experiencia y juicio entre otros) y adaptativo (dominios conceptual, social y práctico de la persona) de distinta gravedad y etiología múltiple. Puede asociarse a otros trastornos de neurodesarrollo o problemas de salud física o mental.

Las personas con discapacidad Intelectual también se ven afectados por problemas de salud mental derivados de una baja autoestima, o menor capacidad cognitiva para afrontar el día a día y sociales como el rechazo, marginación o disminución de oportunidades.

Normalmente las personas con discapacidad intelectual tienen asociados otros problemas médicos como parálisis cerebral, problemas auditivos y visuales, epilepsia, sobrepeso, etc.

También hay que destacar que algunas personas con discapacidad intelectual presentan problemas de conducta que puede incluir agresión, destrucción de objetos, autolesiones que pueden dar lugar a traumatismos y heridas que requieran atención médica.

⁴² Discapacidad intelectual: definición, diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyo, 12.ª edición ASOCIACIÓN AMERICANA DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DEL DESARROLLO (AAIDD)

⁴³ Discapacidad Intelectual y salud Mental guía Práctica 2ª edición

La aprobación de la convención de los derechos humanos de las personas con discapacidad de las naciones unidas en 2006 y su ratificación y entrada en vigor en el ordenamiento jurídico español en el año 2008, establece el marco de referencia normativo para el tratamiento de la discapacidad. Se establece una equiparación de trato, no discriminación e igualdad de oportunidades.

La Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro) se modifica a raíz de la Ley General de discapacidad, añadiendo la Disposición adicional cuarta “No discriminación por razón de discapacidad”, que establece lo siguiente;

Disposición adicional cuarta

No se podrá discriminar a las personas con discapacidad en la contratación de seguros. En particular, se prohíbe la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de discapacidad, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.

La disposición adicional cuarta fue introducida por el artículo 14 de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad («B.O.E.» 2 agosto). En esta misma ley se definen las personas con discapacidad como aquellas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Por su parte UNESPA realizó en el año 2008 la Guía de Buen Gobierno de las entidades aseguradoras en materia de Discapacidad, donde se ofrecen un conjunto de principios de buenas prácticas.

En el sector seguros se generan dos consecuencias fundamentales ante estas normativas;

- No discriminación de las personas con discapacidad en los servicios o productos. Para ello el sector de los seguro debe contar con datos estadísticos y actuariales de colectivos con discapacidad, datos sobre su morbilidad y mortalidad según la diferente naturaleza de la discapacidad para así poder evaluar correctamente el riesgo y establecer los precios de la póliza. Los ajustes razonables en los productos forman parte de la consideración normativa, en relación con el cálculo del riesgo real el cálculo de primas. Respecto a la cobertura de la Discapacidad Intelectual Este aspecto es complicado, especialmente en los seguros de asistencia sanitaria donde la forma para poder ofrecer cobertura sanitaria a estos colectivos es mediante la firma de unas exclusiones por parte del asegurado antes la contratación de la póliza, estas exclusiones se refieren a las patologías existentes del asegurado, pero también pueden incluir la comorbilidad esperada asociada al tipo de discapacidad.
- La accesibilidad universal tanto a espacios físicos como de forma expresa a los contenidos informativos y comerciales del producto.

En el *artículo 83* de la Ley general de seguros, se establece que no se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años o de incapacitados. Por tanto, esta ley prohíbe asegurar la vida de una persona incapacitada, ya que se presupone que una persona con discapacidad no tiene personas a su cargo que dependan económicamente de sus ingresos. No obstante, el citado artículo habla de incapacitados, no expresamente de una discapacidad intelectual por lo que podría dar lugar a interpretaciones, que requerirán de un ulterior análisis, no siendo objeto de esta tesina.

4. Organización del sistema sanitario respecto a la salud mental.

4.1. Organización de la sanidad pública respecto a la salud mental.

Dado que la gestión de la sanidad pública está transferida a las comunidades autónomas (CCAA), la organización del sistema de salud depende de cada autonomía.

Según el informe de enero 2024 ***“El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro”*** del consejo económico y social de España, la atención a la salud mental en España se organiza en los dos niveles asistenciales, **primaria y especializada**. El enfoque español respecto a la salud mental se centra en la importancia a la intervención preventiva desde el ámbito de la salud pública, el papel de la atención primaria y el uso racional del medicamento, así como la coordinación sociosanitaria.

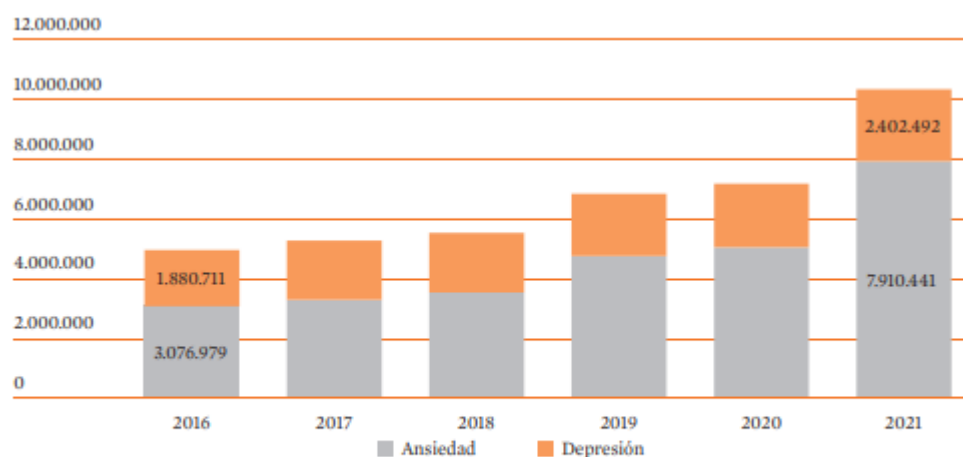
La cartera común de servicios de **atención primaria** incluye;

- La detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, la detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, la detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular
- La derivación en su caso al servicio especializado correspondiente, así como el seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Dentro de la atención primaria, la pandemia causó el aumento de la descompensación de cuadros clínicos preexistentes, como los trastornos de la conducta alimentaria, cuadros psicóticos y conductas adictivas, en especial las relacionadas con aparatos de pantalla. El incremento de los casos en la población infantil y adolescente en los que las tecnologías digitales han adquirido protagonismo y han generado adicciones comportamentales, trastornos como la adicción al juego, las conductas de riesgo de adicción, incluidas las que se desarrollan a través de las tecnologías de la información, el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla y el ciberacoso son formas cada vez más habituales de conducta problemáticas asociadas a las TIC entre los más jóvenes.⁴⁴

⁴⁴ CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro del. (Enero 2024)

Gráfico 6. Problemas de salud mental registrados en atención primaria en España



* Problema de salud: incluye aquellos problemas de salud que han estado "activos" en el año de estudio y que constan registrados en la historia clínica de forma codificada. Se utiliza la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP), que incluye tanto diagnósticos como determinados signos y síntomas.

Fuente: CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro.

En el ámbito **de la atención especializada** se abordan los casos de mayor complejidad y gravedad, y comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y la terapia electroconvulsiva y en su caso la hospitalización.

Respecto a esta organización de la salud pública, se ha realizado un análisis de la misma en el informe publicado por Fundación Mutua Madrileña **"La situación de la Salud mental en España"**. A continuación, se exponen las principales conclusiones extraídas de este informe;⁴⁵

- En la atención Primaria, el Médico de Atención Primaria (MAP) es el acceso establecido al sistema de salud mental, y son los encargados de diagnosticar y tratar aquellos problemas no graves y prevalentes y derivar los problemas psiquiátricos graves o crónicos que se han descompensado, a la atención especializada.
- Los MAP **recurren mayoritariamente a la medicación**, el seguimiento de la persona se realiza con una periodicidad de 2-3 semanas ajustando la dosis de medicación si es necesario. El tiempo dedicado al paciente imposibilita la escucha y orientación a la persona, además este personal médico no cuenta con formación en psicoterapia.
- Respecto a la derivación a la atención especializada, en algunas comunidades autónomas las **listas de espera pueden ser de entre siete**

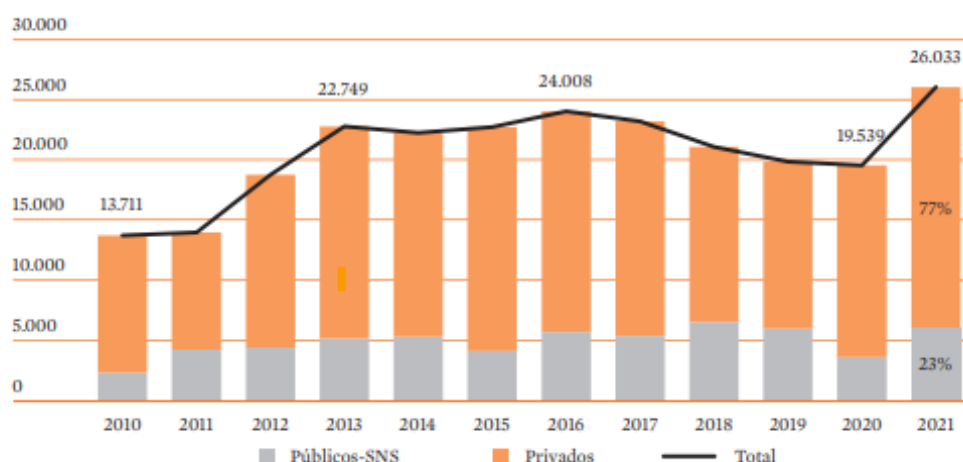
⁴⁵ Fundación Mutua Madrileña "La situación de la Salud mental en España"

y nueve meses y en los casos de derivación **preferente de hasta 3 meses**.

- Respecto a la **atención especializada** (Unidad de salud mental) las visitas con el especialista en psiquiatría están espaciadas en el tiempo y la **consulta es breve** y se manifiesta una **alta rotación de los profesionales** que genera una ausencia de vínculo con el paciente.
- Respecto a los profesionales de la psicología no está tan presente en el sistema, aunque la frecuencia y duración de las visitas acostumbra a ser superior que la del psiquiatra.
- En **los centros y hospitales de día** y los **Centros de rehabilitación** se desarrolla una labor multidisciplinar con variedad de terapias, actividades y profesionales, en algunas comunidades autónomas poblaciones estos centros se gestionan de forma privada bajo concierto con la administración. El problema de estos centros es el **escaso número de plazas y las listas de espera para acceder**.
- La **baja frecuencia de las consultas** y las **altas listas de espera** para acudir al/a especialista, provocan en ocasiones, que los tratamientos farmacológicos se extiendan en el tiempo, con dosis no siempre adaptadas a las necesidades de cada momento.
- Los **breves tiempos de atención en consulta**, la baja frecuencia de las mismas y la **rotación del personal** en el caso de la Psicología como especialmente en el caso de la Psiquiatría, no permiten un tipo de atención que requeriría un tiempo más prolongado y un seguimiento continuado. Se observa que, en muchos casos, la persona requiere de un servicio psicoterapéutico complementario de carácter privado. No existe interacción entre el personal sanitario público y privado con relación al tratamiento de una misma persona.

Tal y como se puede observar en *el Gráfico 7*, respecto a las consultas de psiquiatra de ambulatoria, de 14 mil consultas realizadas en 2010 se ha pasado a 26 mil en 2021, es decir, que la actividad de consulta casi se ha duplicado en ese periodo. La insuficiencia de los recursos destinados a la atención a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud ha propiciado el auge del sector privado en esta área asistencial, de modo que 8 de cada 10 consultas en psiquiatría se realizan en ese sector mientras que el sistema público responde solo de 2 de cada 10. Estas cifras corresponden a la atención primaria no incluyen datos de atención especializada ni la realizada dentro del ámbito hospitalario.

Gráfico 7. Evolución del número de consultas en psiquiatría ambulatoria



Fuente: CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. (Enero 2024).

Esta distribución de la actividad total, implica gasto para la mayoría de los pacientes, puede resultar en una situación de cuidados inversos, recibiendo menos atención quienes más la necesitan, a la vez que los segmentos con menos recursos económicos son precisamente los más expuestos al riesgo de padecer problemas de salud mental.

4.2. Sanidad privada en datos y asegurados.

El 60% del total de hospitales pertenecen a la red del SNS y el 40% al sector privado.⁴⁶ Se estima que el 63% de los hospitales privados tiene algún tipo de concierto con entidades públicas y que los ingresos por este concepto suponen el 35% de la facturación del sector. El resto de su cifra de negocios se reparte entre la asistencia sanitaria puramente privada 10% y los convenios con empresas de seguros sanitarios 55%.⁴⁷

La insuficiente cobertura pública de algunas prestaciones y servicios y a necesidad de evitar las listas de espera del Sistema Nacional de Salud en relación con determinados servicios de atención especializada (tanto hospitalaria como ambulatoria) conlleva a una demanda creciente de seguros privados de salud. Esta necesidad se ha visto incrementada después pandemia, en paralelo a la mayor concienciación sobre la importancia de los riesgos vinculados a la salud.

La cobertura mixta (personas que acuden al SNS y tienen un seguro privado simultáneamente) es más frecuente en la población con niveles de ingresos más altos pero también ha habido un crecimiento en personas con sueldos medios,

⁴⁶ CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. (Enero 2024).

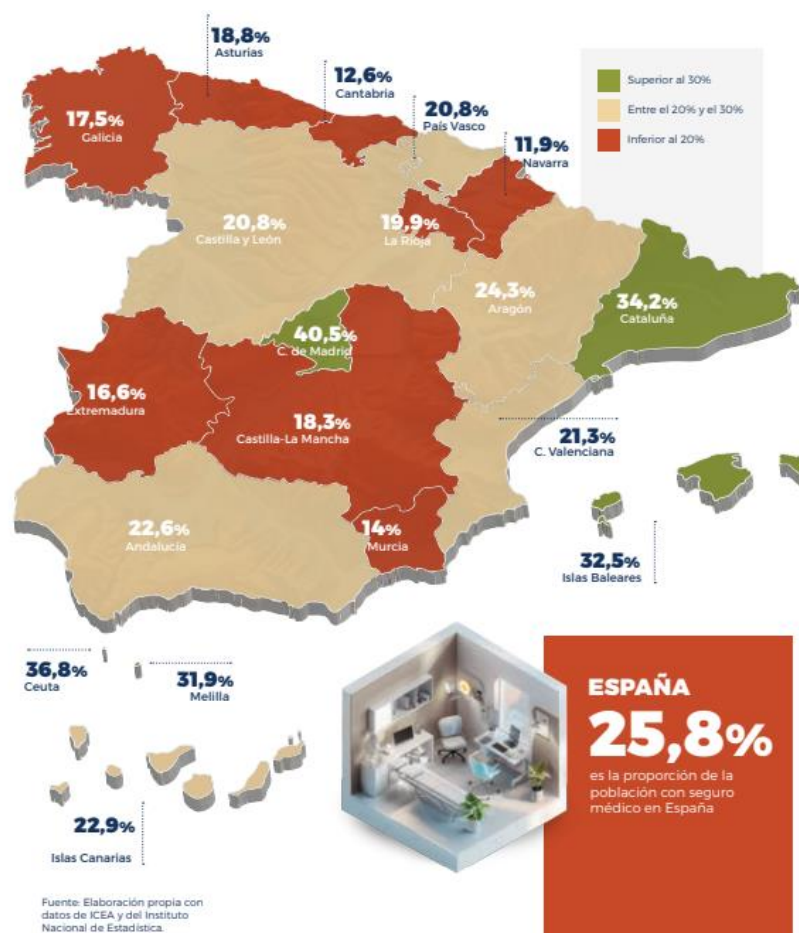
⁴⁷. IDIS Sanidad privada, aportando valor. Datos de 2021 (2023).

detectándose una “popularización” de los seguros sanitarios privados entre segmentos de población más joven , éste fenómeno se ha visto fomentado por los seguros colectivos de salud contratados por las empresas como beneficios sociales a sus trabajadores y por la aparición de pólizas más económicas con coberturas más limitadas (con exclusión de ingresos hospitalarios, entre otras modalidades).⁴⁸

Según el último Barómetro sanitario, la rapidez de la atención constituye la principal razón para contratar un seguro sanitario (75,7% de los casos), a gran distancia de cualquier otro tipo de motivaciones.

Según datos de UNESPA a cierre de 2023 un 25,8% de la población contaba con un seguro médico en España (Seguros de Asistencia Sanitaria y Seguro Reembolso de Gastos), principalmente en las comunidades autónomas de Madrid, Barcelona e Islas Baleares.

Gráfico 8. Proporción de la población con seguro médico por CCAA. Datos 2023.



Fuente: UNESPA. Memoria social del seguro. 2023

⁴⁸ CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. (Enero 2024).

Según los datos publicado en el informe de ICEA, a diciembre de 2023 había 14,2 millones de asegurados con seguro de salud (un 2,9% respecto al cierre del ejercicio 2022). Los asegurados se distribuyen en un 65,3% seguros individuales y 34,7% en seguros colectivos. Los seguros colectivos crecieron un 5,6% en número de asegurados respecto al ejercicio anterior. Los seguros de salud se encuentran en la segunda posición dentro del sector de los seguros de No vida. A diciembre de 2023 el volumen de primas ascendía a 11.338 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 7,2% respecto al año anterior y los importes correspondientes a las prestaciones pagadas ascendían a 8.583 millones de euros.⁴⁹

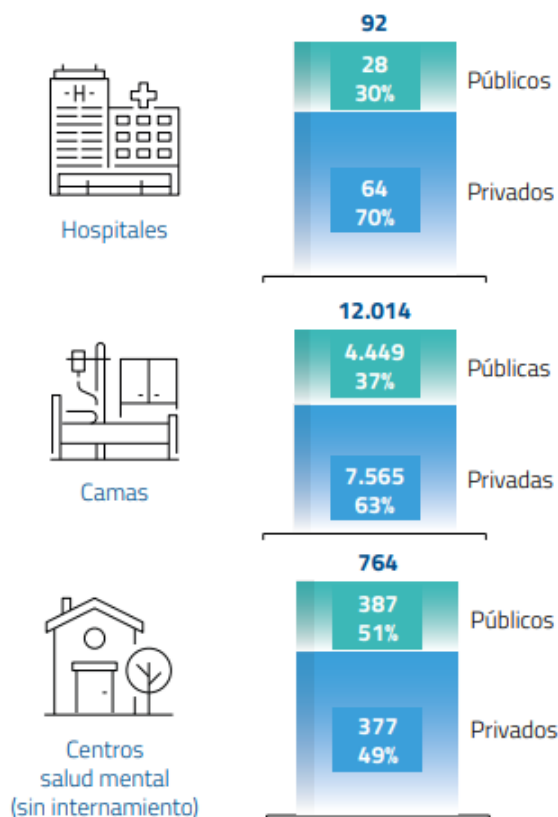
4.3 Recursos para el tratamiento de la salud mental (sanidad pública y sanidad privada).

A cierre de 2022, en el Catálogo Nacional de Hospitales (publicado por el Ministerio de Sanidad) **hay 92 hospitales categorizados como “salud mental y tratamiento de toxicomanías”** 64 de ellos **(70%) son privados** (benéficos y no benéficos). El sector privado cuenta con el 63% del total de camas disponibles. Además de los hospitales, también hay **764 centros de salud mental** (proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento), de los que aproximadamente la mitad son privados. En lo que se refiere a unidades dedicadas a la salud mental en los hospitales, en la actualidad hay registradas **593 unidades de psicología clínica y psiquiatría** en los 832 hospitales públicos y privados, de las cuales 311 pertenecen a los privados. El porcentaje de unidades de psicología clínica y psiquiatría pertenecientes a hospitales privados se sitúa en el 52% desde 2017.⁵⁰

⁴⁹ Fuente: ICEA Informe nº 1787. El Seguro de salud. estadística a diciembre. Año 2023.

⁵⁰ IDIS. Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2023

Gráfico 9. Hospitales, camas y centros de salud mental y tratamientos de toxicomanías, públicos y privados, 2022

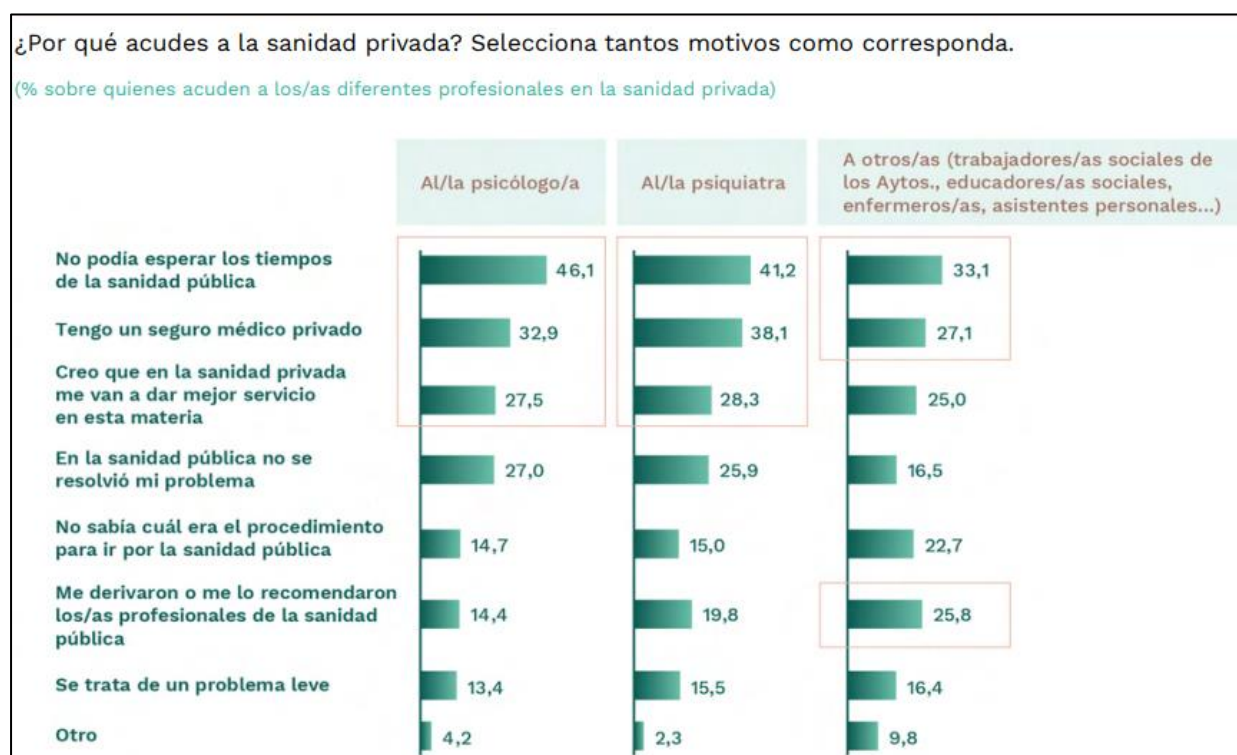


Fuente: Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2023

Respecto al tratamiento de la salud mental, la consulta de **terapia privada se asocia principalmente a problemas más leves y prevalentes** (ansiedad y depresión leve). En ocasiones acuden personas, por recomendación del/la médico de atención primaria (MAP) o para evitar las listas de esperas o para complementar los tratamientos recibidos por las unidades especializadas de la sanidad pública. También acuden a las consultas privadas pacientes que no se han visitado con el MAP, por lo que estos casos no se contabilizan en el sistema público. Surge además una modalidad de visita que es un perfil de público que acude a terapia, no tanto por un problema específico, sino con un objetivo de autocuidado. La reducida oferta de servicios de psicoterapia en el sistema de salud público para situaciones leves que no requieren medicación, ni la derivación a atención especializada, normalmente estos casos terminen absorbiéndose por la terapia privada, en aquellas situaciones en las que es económicamente asumible ⁵¹.

⁵¹ FUNDACIÓN MÚTUA MADRILEÑA La situación de la Salud Mental en España 2023

Gráfico 10. Motivos de asistencia a profesionales de la sanidad privada.



Fuente: Fundación Mutua Madrileña. La situación de la Salud Mental en España 2023.

Respecto a personas que acuden a especialistas en psicología y psiquiatría de la sanidad privada a través de un **seguro médico** manifiestan que **“las sesiones son muy breves y poco efectivas”**⁵².

Aunque la gran mayoría del personal facultativo del SNS desempeña sus funciones en régimen de exclusividad, en la mayor parte de los Servicios de Salud autonómicos se permite compatibilizar el ejercicio de la sanidad pública con sus actividades privadas, siempre que se cumplan una serie de requisitos regulados por la normativa.⁵³

Según datos de Eurostat, la media europea de psiquiatras por 100.000 habitantes se encuentra en 19,13 y España se encuentra por debajo de esta, con una ratio de **12 psiquiatras por cada 100.000 habitantes** (esta cifra incluye los psiquiatras del **sector público y del sector privado**).

En 2019, se anunció una propuesta de Ley General de Salud Mental, que fue presentada como Anteproyecto de Ley en septiembre de 2021. Como aspectos más relevantes de esta propuesta de Ley destaca que el Consejo Interterritorial deberá garantizar que el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuente con un mínimo

⁵² FUNDACIÓN MÚTUA MADRILEÑA La situación de la Salud Mental en España 2023

⁵³ CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro (Enero 2024)

de 18 psiquiatras, 18 psicólogos clínicos y 23 enfermeras especialistas de Salud Mental por cada 100.000 habitantes.

En la actualidad (cierre 2023) trabajan en la **red pública** de atención a la Salud Mental (SNS) un total de **4.393 psiquiatras**, lo que supone **una ratio de 9,27** psiquiatras por cada 100.000 habitantes (11,5 si se incluyen los psiquiatras en formación). Según las estimaciones realizadas a través de los colegios autonómicos un 34,7% del total de psiquiatras colegiados (2.339 psiquiatras) ejerce su actividad exclusivamente en la actividad en la sanidad privada y no están contabilizados en el ratio anterior.⁵⁴

El Real Decreto 689/2021 introdujo la especialidad de **Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** y actualiza determinados aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría, definiendo su perfil profesional, ámbito de actuación y modelo formativo, permitiendo así una mejora de la formación y de las competencias de estos especialistas.

Respecto al número de **psicólogos con especialidad sanitaria colegiados** en España a cierre de 2023 habían **40.417**, según los datos de profesionales sanitarios publicado por el INE⁵⁵. La información que actualmente facilita en INE hace referencia a las profesiones recogidas en la Ley 44/2003, del 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, o que cumplen los requisitos establecidos en la misma.

De los 40.417 psicólogos/as de la rama sanitaria colegiados/as, 4.438 (aproximadamente un 11%) son psicólogos especialistas en Psicología Clínica, mientras que 35.979 (un 89%) son psicólogos generales sanitarios. Aunque la tendencia es creciente en los últimos cuatro años, con una tasa de variación 2023/2022 de 5,2% el número de psicólogos con especialidad sanitaria sigue siendo insuficiente.⁵⁶

Las personas licenciadas o graduadas en psicología para poder ejercer en la sanidad pública o privada deben especializarse en psicología clínica o psicología general sanitaria.

- Para especializarse en **psicología clínica** es necesario superar el PIR. Los psicólogos clínicos que se han especializado a través del PIR (formación para Psicólogos Internos Residentes, que tiene una duración de 4 años y que te habilitará para ser Especialista en Psicología Clínica) son los únicos autorizados para trabajar en el sistema de salud público.
- Para especializarse en **psicología general sanitaria** se debe realizar el Máster en Psicología General Sanitaria, que dura dos años, y posteriormente inscribirse en el Colegio Oficial de Psicólogos. Con esta titulación solo se puede trabajar en el sector sanitario privado de la salud

⁵⁴ Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM) Libro Blanco de la Psiquiatría en España.

⁵⁵ INE. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados – Año 2023

⁵⁶ Publicación web Consejo General de la Psicología en España. 27 May 2024

La versión más actualizada de la regulación de la psicología en el ámbito sanitario aparece recogida en la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Los psicólogos clínicos y psicólogos sanitarios están formados en psicología, mientras que los psiquiatras, están licenciados o graduados en medicina. Por ello, el psiquiatra es quien tiene la facultad para prescribir psicofármacos que complementen la psicoterapia.

La **psicología forense** es una rama de la psicología jurídica que, mediante la psicología criminal, la psicología del testimonio o la victimología se encarga, mediante informes conocidos como peritajes psicológicos, del asesoramiento a jueces y tribunales en los litigios civiles, penales o sociales. Se necesita un postgrado o máster universitario en Psicología Legal y Forense. La figura del psicólogo forense es importante para las aseguradoras en los casos en los que es necesario el peritaje, es decir, la realización de un estudio profundo a través de pruebas objetivas sobre las personas implicadas en un proceso judicial.

5. Salud mental en los seguros.

Una vez analizada la situación de la salud mental en España, tal y como se ha ido exponiendo a lo largo del documento, las aseguradoras se enfrentan a la siguiente problemática.

- Deficiencia en la cobertura pública de la salud mental (falta de derivación a atención especializada, tiempo de espera elevado, visitas cortas y espaciadas en el tiempo con alta rotación del personal), lo que incrementa la solicitud de servicios del sector privado y su consecuente cobertura por parte de las aseguradoras de salud.
- Falta de personal para el tratamiento de la salud mental, el ratio español se sitúa por debajo de la media europea en psicólogos y psiquiatras.
- Los estudios demuestran un elevado número de personas sufren una mala salud mental y hay previsión de su incremento, por lo que la siniestralidad esperada de los servicios ofrecidos por las aseguradoras incrementará y se deberán tomar medidas preventivas y tenerlo en cuenta en las provisiones técnicas.
- Incremento de número de bajas laborales derivadas de problemas de salud mental lo que conlleva a la necesidad de coberturas de Seguros de Protección de Ingresos.
- Algunos trastornos mentales dan derecho a Incapacidad Laboral Permanente Absoluta o Total, lo que conlleva una indemnización por parte de los seguros de Vida Riesgo y Seguros de protección de ingresos.
- Incremento de problemas de salud mental en la población infantil y juvenil debido al incremento del consumo de drogas y adicciones vinculadas a las nuevas tecnologías, supondrá un incremento de la siniestralidad actual y futura.
- Incremento de las enfermedades físicas vinculadas a una mala salud mental, lo que supone un coste adicional para las aseguradoras, especialmente en los seguros de enfermedad.
- Incremento de la mortalidad de las personas que sufren un trastorno mental, ya sea por las enfermedades físicas vinculadas al mismo, por el estilo de vida que adoptan o por suicidio, afecta principalmente a las pólizas de vida.
- Falta de comunicación, registro y tratamiento conjunto entre la sanidad pública y privada respecto a la salud mental.
- Diferencias en el registro de datos respecto a enfermedades de salud mental, utilización de distintas clasificaciones, lo que dificulta el estudio del

número de los casos reales. A esto hay que añadir que no se contabilizan los casos que han acudido directamente a la sanidad privada cuando se realizan los estudios estatales. Las estimaciones pueden verse socavadas por inconsistencias en la forma en que los profesionales registran o interpretan los datos.

- Falta de estudios específicos de comorbilidad de las enfermedades mentales con otras enfermedades por falta de datos, lo que dificulta una tarificación de la enfermedad que no genere discriminación.
- Uno de los principales obstáculos es el estigma social. Las personas que padecen enfermedades mentales son reacias a admitir que tienen un problema de salud mental, en el caso de no tener un diagnóstico de problema de salud mental o no haber estado de baja laboral por el mismo, el asegurado no está obligado a declarar su malestar en el cuestionario de salud.
- Interés creciente de la sociedad por una buena salud mental y el autocuidado por lo que incrementa el número de asegurados con pólizas de cobertura de salud sujetos a coberturas de salud mental, para cubrir las nuevas necesidades de los asegurados.
- Creciente interés por las organizaciones sobre la salud de sus empleados, incremento de la contratación de pólizas colectivas de salud, donde se espera la cobertura de la salud mental, y en muchas de ellas no hay exclusiones ni periodos de carencia.

5.1. Impacto de la salud mental por ramos de seguros.

La tipología de seguros que quedan afectados de forma directa a la posible cobertura de problemas de salud mental y enfermedades vinculadas son los siguientes:

- Seguros Médicos (Seguros de Gastos Médicos y de Reembolso).
- Seguros de Protección de Ingresos o de Enfermedad (Seguros de Indemnización y de Subsidio)
- Seguros de Vida; los seguros de Invalidez, Incapacidad Permanente, y Muerte.
- Seguros de Accidentes.
- Seguros de Asistencia en Viaje que incluyan coberturas médicas.

Estos seguros quedan afectados por la cobertura de la salud mental en sí misma, pero también por la cobertura de la salud física que puede verse empeorada por los problemas mentales. Sobre esta tipología de seguros se ha analizado las condiciones generales de contratación de diversas compañías aseguradoras, así como los cuestionarios de salud previos a la contratación. También se ha tenido

acceso a determinadas políticas de suscripción, principalmente las del reaseguro. En los siguientes apartados se analizarán las conclusiones obtenidas para cada tipo de seguro.

Aunque no será objeto de análisis posterior, es interesante destacar que la salud mental afecta de forma secundaria a una gran variedad de seguros, como por ejemplo el **Seguro Responsabilidad Civil, Automóvil, Embarcaciones**, etc ya que éstos seguros deberán cubrir los daños a terceras personas, provocadas por el asegurado, independientemente del estado mental de la persona asegurada (enajenación mental, brote psicótico, estando bajo efectos alcohol, efectos secundarios de medicación de patologías mentales, etc).

Aunque las pólizas excluyen expresamente las actuaciones efectuadas de forma deliberada (con dolo o mala fe) tal y como se establece en el artículo 19 de la ley general del seguro :

Artículo 19

El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado.

En el caso de dolo, no se indemniza al asegurado, pero las aseguradoras tienen un deber de protección a las víctimas y a terceros perjudicados, independientemente de las relaciones contractuales entre asegurador y asegurado. Por tanto, terceras personas perjudicadas tienen derecho a reclamar directamente contra la compañía aseguradora, sin perjuicio que ésta después repercuta el pago contra el asegurado. Así se establece en la Ley General de seguros en los artículos 73 y 76 respecto a los seguros de Responsabilidad civil.

Artículo 73

Por el seguro de responsabilidad civil el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho.

Artículo 76

El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de éste, el daño o perjuicio causado a tercero. La acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado. El asegurador puede, no obstante, oponer la culpa exclusiva del perjudicado y las excepciones personales que tenga contra éste. A los efectos del ejercicio de la acción directa, el asegurado estará obligado a manifestar al tercero perjudicado o a sus herederos la existencia del contrato de seguro y su contenido.

En los seguros de Responsabilidad Civil, según el artículo 117 del código penal que establece que las aseguradoras son responsables civiles directos hasta el límite de la indemnización sin perjuicio al derecho de repetición a quien corresponda.

Art 117 Código Penal.

Los aseguradores que hubieren asumido el riesgo de las responsabilidades pecuniarias derivadas del uso o explotación de cualquier bien, empresa, industria o actividad, cuando, como consecuencia de un hecho previsto en este Código, se produzca el evento que determine el riesgo asegurado, serán responsables civiles directos hasta el límite de la indemnización legalmente establecida o convencionalmente pactada, sin perjuicio del derecho de repetición contra quien corresponda.

Cuando el asegurado provoca de forma deliberada un accidente es complicado determinar si se encontraba bajo un problema de salud mental que haya distorsionado su capacidad de razonamiento, o si simplemente el asegurado ha actuado de forma imprudente o con voluntad de defraudar a la aseguradora. En el caso de accidentes de tránsito normalmente se efectuarán pruebas de alcohol y consumo de drogas al conductor que haya provocado el accidente, pero no se realizan pruebas sobre su salud mental.

El estudio de Selezer M.L y Pane C.E, publicado en la revista americana de psiquiatría expone la teoría de que ciertos siniestros viales con resultado de muerte pudieron ser suicidios, ya que encontraron que pacientes con tendencias suicidas habían estado involucrados en el doble de accidentes que pacientes no suicidas (excluyendo los pacientes alcohólicos). **Se estimó que el 2% de los siniestros viales podrían ser resultado de un comportamiento suicida.** El estudio sugiere que personas con tendencias suicidas pueden intentar autolesionarse a través de siniestros viales ya que estos accidentes rara vez son percibidos o catalogados como suicidios, tanto por el propio conductor como por la sociedad, evitando así el estigma social vinculado al suicidio para sus familiares, entre otras causas.⁵⁷

Cómo ejemplo tenemos la sentencia STS 773/2004 de 23 de junio de 2004 donde se condenó a la Aseguradora de un vehículo que había sido robado y que había estado implicado en varios accidentes de circulación cometidos de forma dolosa, cuyo conductor se encontraba sin posesión del carnet de conducir y bajo los efectos de las drogas. La aseguradora fue condenada a indemnizar a las víctimas como tercero civilmente responsable.

En los últimos años, otra tipología de seguros como el de **Decesos, Hogar o Automóvil**, están ofreciendo **coberturas de apoyo psicológico especializado** a víctimas de “eventos asegurados dentro de la póliza” que pueden considerarse cómo traumáticos y también se brinda este apoyo psicológico a sus familiares. Estos servicios están limitados a un número de sesiones y normalmente se efectúan a través de servicios especializados que son muy bien valorados por parte de los asegurados.

5.2. El cuestionario de salud.

Para asegurar cualquier tipo de riesgo, es imprescindible que las aseguradoras cuenten con información suficiente y verídica que permita tarificar correctamente este riesgo y puedan decidir asegurar el riesgo o no, bajo criterios objetivos. La aseguradora en su política de suscripción puede decidir no asegurar un determinado riesgo, pero no se puede realizar esta excusión de forma discriminatoria y sin base técnica hacia ciertos colectivos.

⁵⁷ Selzer, M.L & Pany, C.E. Automobile accidents, suicide, and unconscious motivation. American Journal of Psychiatry. 1992.

El cuestionario sobre el riesgo asegurado queda recogido en el artículo 10 La ley general de seguros:

Artículo 10

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

El tomador de un seguro sobre la vida no está obligado a declarar si él o el asegurado han padecido cáncer una vez hayan transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Una vez transcurrido el plazo señalado, el asegurador no podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos a efectos de la contratación del seguro, quedando prohibida toda discriminación o restricción a la contratación por este motivo.

Respecto a los seguros que cubren la salud o vida de las personas, los cuestionarios están dirigidos a conocer el estado de salud del asegurado, así como sus antecedentes médicos, ya que el riesgo asegurado es precisamente la salud de la persona.

Mediante el cuestionario se pretende conocer las condiciones de salud preexistentes, considerándose como tal las condiciones de salud que el asegurado ya tiene antes de contratar el seguro y de las que el mismo tiene conocimiento.

Cuando nos referimos a condiciones de salud no sólo se trata de la situación actual del asegurado, también se incluyen enfermedades anteriores que puedan haber dejado secuelas o que es probable que reaparezcan, dolencias, deformaciones, intervenciones quirúrgicas previas con o sin prótesis, etc. Es decir, todos los factores que puedan afectar a las coberturas futuras del asegurado y que el inicio de estos sea anterior a la contratación de la póliza.

La aseguradora respecto a estas condiciones declaradas puede decidir excluirlas o no, así como la exclusión de los tratamientos y pruebas vinculados a las mismas. Además, se pueden excluir futuras comorbilidades vinculadas con la exclusión principal.

Cuando los asegurados tienen **enfermedades latentes que todavía no se han manifestado** a la hora de rellenar el cuestionario de salud, y que se manifiesten transcurrido un tiempo desde la contratación de la póliza. En estos casos la aseguradora puede decidir excluir la enfermedad si demuestra que efectivamente el inicio es anterior a la contratación de la póliza. Además, las pólizas normalmente determinan un período de carencia para ciertas prestaciones (período de no cobertura).

En las **condiciones no declaradas de forma fraudulenta**, si el asegurado ha omitido o mentido en el cuestionario de salud y si la aseguradora puede

demostrar que la enfermedad se inició con anterioridad a la contratación de la póliza puede establecer exclusiones a esa enfermedad de forma retroactiva, incluso rescindir el contrato si cuenta con pruebas suficientes (por ejemplo, informes médicos previos a la suscripción donde se menciona la patología).

Por otro lado, varias sentencias han obligado a las aseguradoras a la totalidad de cobertura y exonera al asegurado si este ha rellenado correctamente el cuestionario, pero la aseguradora no ha realizado las preguntas adecuadas o no ha solicitado información complementaria para conocer el riesgo derivado de alguna condición de previa salud del asegurado.

Respecto a las enfermedades mentales en la mayoría de los cuestionarios de salud analizados se realizan preguntas que pueden considerarse genéricas respecto a problemas de salud mental y se vinculan bajo un mismo concepto enfermedades muy distintas como pueden ser la epilepsia y depresión. Los cuestionarios más específicos están enfocados a enfermedades diagnosticadas y no a la valoración de si el asegurado tiene o no una buena salud mental.

Se han analizado un total de 20 cuestionarios de salud de distintas aseguradoras, a continuación, se muestran diferentes preguntas respecto a la salud mental o enfermedades psiquiátricas. Podemos observar la distinta formulación de las preguntas, donde la aseguradora pretende detectar si el asegurado padece o ha padecido algún problema de salud mental.

Algunas aseguradoras realizan el mismo tipo de pregunta o muy similares, por lo que las que están recogidas a continuación son un ejemplo ilustrativo y no incluyen todas las preguntas de los cuestionarios analizados:

- *¿Ha estado ingresado en algún hospital, clínica o Sanatorio?*
- *¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital, sanatorio, casa de salud mental?*
- *¿Padece o ha padecido enfermedades neurológicas, psiquiátricas y o trastornos psicológicos?*
- *¿Ha tenido alguna enfermedad neurológica (accidente cerebro vascular, Parkinson, epilepsia, demencia)?*
- *¿Ha tenido alguna enfermedad relativa a trastornos de la esfera psiquiátrica (ansiedad crónica, depresión, alcoholismo)?*
- *¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión, o alteración de tipo psiquiátrico (por ejemplo, anorexia, bulimia, depresión, ansiedad, psicosis)?*
- *¿Ha tenido o tiene alguna alteración física, psíquica o funcional?*
- *¿Padece o ha padecido; Parkinson / demencia / esquizofrenia/ trastornos bipolares/ trastornos alimentarios?*
- *Indica las alteraciones o enfermedades del sistema nervioso y mentales; epilepsia/ ansiedad/ depresión/ psicosis/ neurosis / anorexia – bulimia*
- *Enfermedades mentales SI /NO, ¿cual?*
- *¿Tiene o ha padecido alguna enfermedad, malformación, trastorno o problema de salud relevante? (ver cuadro) Trastornos Mentales, de la Esfera Emocional y Alteraciones de la Conducta: Esquizofrenia, Depresión, Trastorno bipolar, Retraso mental, Trastorno de la conducta*

alimentaria, Hábitos tóxicos (fumador habitual, consumo de alcohol habitual, otros estupefacientes).

- *¿Toma algún tipo de tratamiento farmacológico, o realiza cualquier otro tipo de tratamiento, rehabilitación o terapia física o psicológica?*
- *¿Es o ha sido fumador?*
- *¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?*
- *¿Consume o ha consumido estupefacientes?*

Además, algunas aseguradoras realizan preguntas generalistas, donde también se podría detectar alguna patología mental en el caso de no haberse realizado una pregunta específica. Algunos ejemplos son las siguientes:

- *¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, se ha realizado pruebas diagnósticas especiales por algún padecimiento no recogido anteriormente?*
- *¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?*
- *¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?*
- *¿En qué fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?*
- *¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento?*
- *¿Tiene reconocida o está en proceso de valoración de alguna minusvalía?*
- *¿Tiene o ha tenido algún síntoma, dolor alteración de forma persistente periódica reiterada, o está bajo control o seguimiento médico por algún motivo?*
- *¿Ha sido ingresado en algún centro sanitario en los últimos 10 años o tiene previsto hacerlo?*
- *¿Se encuentra de baja laboral en la actualidad?*
- *¿Se encuentra bajo tratamiento o control médico?*
- *¿En los últimos 6 meses ha consultado a algún especialista o realizado alguna prueba diagnóstica?*
- *¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?*
- *¿Toma habitualmente medicación?*

De los 20 cuestionarios de salud analizados 4 de ellos no hacen referencia expresa a enfermedades mentales o psiquiátricas en la formulación directa de las preguntas, sino que la detección y el diagnóstico de la enfermedad quedarían recogidos dentro de la formulación de las preguntas genéricas (respecto a hospitalizaciones, enfermedades, medicación).

La mayoría de los cuestionarios **tratan los problemas de salud mental de forma genérica** y sería el asegurado el que tiene que considerar (de forma a veces subjetiva en función de su patología) si su afección mental queda recogida bajo términos como: “Enfermedad neurológica o psiquiátrica”, “trastorno psicológico”, “alteración psíquica” o “enfermedad mental”. Por ejemplo, en casos de TDA, anorexia o trastornos alimentarios, estrés, ansiedad o enfermedades no diagnosticadas, el asegurado puede no asociar esta enfermedad a la descripción de la pregunta.

En los ejemplos de las enfermedades que facilitan las aseguradoras para entender la pregunta planteada, **se agrupan conceptos muy distintos**, como por ejemplo *¿Ha tenido alguna enfermedad relativa a trastornos de la esfera psiquiátrica (ansiedad crónica, depresión, alcoholismo)?* Esto dificulta aún más la comprensión del término al que se refieren en la formulación de la pregunta.

Sólo 6 cuestionarios hacen preguntas sobre a enfermedades mentales específicas, lo que podría provocar que se no se estuviesen contemplando otras enfermedades mentales relevantes que no se ajusten exactamente a la descripción de la aseguradora.

En 5 de los cuestionarios analizados no se planteaban preguntas en referencia al consumo de drogas y alcohol y **en ningún cuestionario aparece la pregunta sobre si el asegurado alguna vez ha realizado una tentativa de suicidio.**

Cabe destacar que, respecto a la salud mental, concebida como bienestar emocional, en los cuestionarios de salud no se realiza ninguna pregunta concreta sobre la percepción de la persona sobre su salud mental y tampoco hay **ninguna pregunta específica respecto al estrés**, es decir no se pregunta si la persona se siente estresada en el momento de contratación de la póliza. Una persona con estrés puede no haber acudido al médico, ni tomar medicación, no haber sido hospitalizada y no considerar que tiene una enfermedad relativa a la “esfera psiquiátrica” por lo que no se podría detectar en el cuestionario de salud. Además, en este sentido no se está teniendo en cuenta todas las posibles enfermedades físicas futuras que se pueden desarrollar por estar bajo un estado de estrés crónico o prolongado que se recogen en el “**Apartado 3.4.2 Estrés**” de este documento. Esta misma casuística se puede producir en personas con ansiedad o depresión que no han sido diagnosticadas y que no auto perciben su enfermedad. En estos casos el asegurado no estaría falsificando el cuestionario de salud.

También se observa que algunas preguntas están limitadas en el tiempo, por ejemplo cuando sólo se pregunta por la situación actual (“*padece*” o “*toma habitualmente*”) , otras se acotan en el tiempo (cuando se preguntan sobre el estado de salud de los 6 últimos meses, o información sobre las hospitalizaciones sólo de los últimos 5 o 10 años). Cuando las preguntas que se vinculan a un periodo determinado de tiempo puede ser un indicador de la política de suscripción de la entidad. Sin embargo, la mayoría de las aseguradoras, cuando pregunta respecto a la salud mental pregunta si el asegurado “*padece o ha padecido*” la enfermedad, sin delimitar un horizonte temporal.

Respecto a las políticas de suscripción cada entidad realiza las exclusiones que considera pertinentes en función de la patología diagnosticada y su futuro pronóstico, además las aseguradoras deben de considerar la comorbilidad asociada a la patología en estas exclusiones.

- En a las políticas de suscripción a las que se ha tenido acceso (principalmente de Reaseguradoras) la depresión se valora en función del grado (leve, moderada, severa), se analiza si el asegurado la ha padecido en los últimos 10 años y también se tiene en consideración si ha habido algún intento autolítico o si se ha requerido hospitalización.

- En los casos de esquizofrenia, el trastorno bipolar y brotes psicóticos se excluye la enfermedad sin tener en cuenta la fecha del último brote, es decir, la persona se puede asegurar, pero con una exclusión psiquiátrica de todas las pruebas, hospitalizaciones, etc., derivados de estas enfermedades.
- Los trastornos de nutrición y alimentación se analizan caso a caso en función de la edad donde se produjo el último episodio y el peso actual de la persona, también inciden sobre la valoración los antecedentes de hospitalización e historial de recaídas.
- El trastorno por déficit de atención (TDA) se valora caso a caso en función de la edad y de los años transcurridos desde el diagnóstico, ya que los costes más altos a nivel sanitario son justamente los derivados de la obtención del diagnóstico de la enfermedad.
- Las personas con alcoholismo y consumo de drogas activo se excluyen de la política de suscripción y normalmente se aseguran los casos en los que han pasado más de 10 años desde la última recaída. No obstante, si el asegurado presenta las patologías físicas derivadas del consumo (problemas de hígado, tabique perforado, trastornos mentales) éstos sí estarían excluidos.

En las enfermedades o patologías mentales, se corre el riesgo que por falta de conocimiento por parte de las aseguradoras, en el caso de detectar en el cuestionario de salud un problema de salud mental se realice una exclusión genérica al asegurado, es decir que **se excluya “cualquier enfermedad mental y sus tratamientos” en la póliza**, no sólo la enfermedad actual sino cualquier enfermedad futura aunque sea distinta de la actual.

Si las aseguradoras quieren valorar correctamente el riesgo derivado de la salud mental sin realizar una discriminación generalizada, se deberá realizar un cuestionario específico respecto a la salud mental, para poder valorar el riesgo de forma más precisa en cada caso y establecer normativas internas de suscripción que sean homogéneas y se basen en criterios evidentes tal y como establece la normativa.

Un ejemplo de la importancia del cuestionario de salud se muestra en la sentencia STS 1573/2023, 14 de noviembre de 2023 donde se condena a la Aseguradora de un asegurado de seguro de vida a indemnizar a la esposa de este en virtud al cumplimiento de las coberturas pactadas. El asegurado había tenido un episodio depresivo anterior a la contratación de la póliza, y después de la formalización de la póliza tuvo otro episodio depresivo que finalizó en suicidio. La aseguradora alega la preexistencia de la enfermedad y su no declaración en el cuestionario de salud de forma dolosa. Sin embargo, se produjeron varios incidentes respecto al cuestionario de salud que se extraen de la sentencia:

- *“La declaración de salud fue cumplimentada de su puño y letra por el referido mediador de la compañía con las respuestas dadas por la esposa del asegurado, que el asegurado firmó tres días después tras tener la documentación contractual a su disposición en su domicilio”.*

- *“En el cuestionario de salud se aludía a enfermedades, entre otras, del sistema nervioso, sin mayor precisión sobre patologías concretas, mientras que en la de la solicitud del seguro se aludía entre paréntesis, a modo de ejemplo y con un tamaño de fuente muy pequeño, casi ilegible, a:“(Neuralgias, vértigo, epilepsia, depresiones, etc.)”.*
- *“De las respuestas facilitadas por la esposa sobre los antecedentes de salud de su esposo asegurado interesa destacar las que negaban haber realizado algún tratamiento médico de más de siete días de duración en los últimos cinco años y padecer o haber padecido enfermedades relacionadas con, entre otras, “2. Sistema nervioso (Neuralgias, vértigo, epilepsia, depresiones, etc)”.*
- *El asegurado no infringió su deber de declarar el riesgo porque la aseguradora no le presentó un verdadero cuestionario sino un documento “modelo” que se confeccionó mediante “una aplicación informática”, carente de valor jurídico como tal y no fue cumplimentado con las respuestas del asegurado, en todo caso la aseguradora, en las sucesivas renovaciones del seguro, podía haber disipado las dudas sobre los antecedentes de salud del asegurado sometiéndolo a un nuevo cuestionario en el que se le preguntara sobre “circunstancias nuevas que podrían haber influido en la valoración del riesgo”, y sin embargo no lo hizo.*

La resolución de la sentencia se motiva de la siguiente forma; Se condena a la aseguradora a la cobertura de la póliza ya que era un hecho probado que el cuestionario fue cumplimentado por el agente con las respuestas que facilitó la esposa del asegurado (no fue el asegurado quien contestó a las preguntas) y la compañía aceptó sin reparo que el cuestionario se cumplimentara en estas circunstancias, pues el agente necesariamente tuvo que advertir que la declarante no era la persona asegurada. Se concluyó que la compañía debe soportar las consecuencias de haber convertido su deber de presentar al asegurado/tomador un verdadero cuestionario en un mero formalismo, **se añade una falta de idoneidad del cuestionario**, pues la única pregunta susceptible de poder asociarse al episodio depresivo anterior no puede considerarse objetivamente conducente a que el asegurado pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se refería la compañía. En primer lugar, **por el modo en que dicha pregunta se incorporó al documento** (con un tamaño de letra minúsculo, que casi imposibilitaba su lectura y advertir que se le estaba preguntando por una patología depresiva); y en segundo lugar, **por la ambigüedad de su formulación**, al aludirse a las “depresiones” dentro de las afecciones del sistema nervioso cuando comúnmente, sin conocimientos médicos, son entendidas como un tipo de patología, trastorno o enfermedad que fundamentalmente afecta a la salud mental y que nada o poco tiene que ver con las restantes patologías neuralgias, vértigo, epilepsia- también mencionadas en el enunciado de la misma pregunta.

Otro ejemplo de la importancia del cuestionario de salud en el seguro de vida es la Sentencia STS 1693/2024 del 1 de abril. En este caso se refiere a una póliza de vida con coberturas adicionales de incapacidad permanente, vinculada a un

préstamo hipotecario y realizado a través de un mediador de la entidad bancaria. Se destacan los siguientes aspectos en la sentencia;

- *Para la contratación del seguro de vida, no consta que la asegurada fuera sometida a ningún cuestionario de salud, en virtud del artículo 10 de la LCS ya que no existe documento firmado.*
- *Con anterior a la contratación de la póliza la asegurada estaba siendo tratada psiquiátrica y psicológicamente a consecuencia de sus problemas de salud mental estando de baja laboral a consecuencia de ello.*
- *Un año después de la contratación de la póliza la asegurada solicitó la incapacidad permanente que le fue concedida en el segundo año de vigencia de la póliza.*
- *La entidad aseguradora se opone al pago de la cobertura de la incapacidad permanente con el apoyo argumental de que el siniestro era anterior al a contratación de la póliza y que se ha realizado una omisión expresa por parte de la asegurada.*

El tribunal supremo, condena a la aseguradora al pago de la prestación al no haber exigido la firma del cuestionario de salud en el momento de contratación por lo que no concurre causa de nulidad de contrato de seguro.

Mediante estas dos sentencias, remarcamos la importancia del cuestionario de salud y que las preguntas no pueden ser formuladas de forma ambigua.

En todo caso, los cuestionarios de salud sirven para **determinar las enfermedades preexistentes**. La aseguradora deberá redactar y entregar copia escrita al asegurado respecto a la **condición preexistente que no quedará asegurada en la póliza** y el asegurado deberá de firmar esta exclusión.

Cada compañía de seguros tiene su lista propia de enfermedades o condiciones preexistentes para cada tipo de seguro, y como veremos a continuación, estas se excluyen de la cobertura de la póliza y también se hará referencia expresa en las condiciones generales.

5.3. Condiciones generales y exclusiones de cobertura.

Las condiciones generales y particulares definen las coberturas del seguro contratado.

Las condiciones particulares son elementos específicos de un contrato de seguro que se aplican a una póliza individual. Estas condiciones detallan los términos específicos acordados entre la aseguradora y el asegurado para esa póliza en particular. Las condiciones particulares se aplican específicamente a una póliza individual y pueden variar de una póliza a otra, sin embargo, las condiciones generales establecen los términos estándar que se aplican a todas las pólizas dentro de un ramo de seguro específico de una aseguradora.

En este apartado, se analizarán las condiciones generales de distas modalidades de productos que por su naturaleza cubren patologías de salud

mental. Para ello se han consultado condiciones generales y fichas informativas de producto de distintas aseguradoras. **Para cada modalidad de producto se han analizado como mínimo 10 condiciones generales de distintas de las compañías, en algunos productos se han consultado hasta 20 condiciones generales distintas.** Cómo las aseguradoras seleccionadas concentran más del 75% del volumen de primas del sector se puede obtener una visión global de las coberturas y exclusiones en relación con la salud mental. Se han seleccionado las grandes compañías, así como algunas compañías pequeñas más especializadas en productos concretos. Cómo no se han analizado todas las compañías aseguradoras puede existir compañías que se distingan, aún y así la muestra analizada se puede considera representativa del sector.

Las condiciones generales recogen las normas básicas que el asegurador establece a fin de regular todos los contratos de seguro del mismo tipo de pólizas, puede haber condiciones generales por producto o por modalidad de seguro o ramo. Se reflejan en este contrato el ámbito, extensión y limitación de cada una de las coberturas. Deben quedar claras cuáles son las exclusiones de cada una de las coberturas.

Las condiciones generales quedan definidas en el artículo 3 de la ley general del seguro.

Artículo 3

Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito.

Las condiciones generales del contrato estarán sometidas a la vigilancia de la Administración Pública en los términos previstos por la Ley.

Declarada por el Tribunal Supremo la nulidad de alguna de las cláusulas de las condiciones generales de un contrato la Administración pública competente obligará a los aseguradores a modificar las cláusulas idénticas contenidas en sus pólizas.

En las condiciones generales, se puede excluir de forma expresa la cobertura de ciertos riesgos, por ejemplo determinadas profesiones en ramos de vida y accidentes, en el caso de vida y salud también se pueden excluir determinadas enfermedades o patologías de forma expresa, se puede excluir enfermedades o patologías que deriven de eventos concretos (por ejemplo como consecuencias de una catástrofe natural o un atentado terrorista, por la práctica de deporte de riesgo) así como determinadas condiciones (excluir daños por consumo de drogas o alcohol).

Además, tal y como se ha comentado en el apartado anterior se excluyen las enfermedades preexistentes (condiciones de salud que el asegurado ya tiene antes de contratar el seguro, declaradas por el asegurado en el cuestionario de salud y de las que la aseguradora tiene conocimiento). En las condiciones generales de todos los productos **se hace referencia expresa a los cuestionarios de salud** y suele aparecer de la siguiente forma o similar;

- *El asegurado cumplimentará un Cuestionario de Salud con anterioridad a la suscripción de la póliza. Además, con su firma reconocerá que ha sido*

convenientemente informado de las consecuencias derivadas de la omisión o falta de veracidad en sus respuestas, lo que podría dar lugar a la pérdida del derecho al cobro de la prestación asegurada, o incluso a la cancelación del Contrato. El Asegurado declarará que en el Cuestionario de salud indica todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. En caso necesario, se solicitará al asegurado responder a un cuestionario de salud telefónico, o incluso realizar alguna prueba médica con anterioridad a la suscripción de la póliza.

Como se ha comentado en otros apartados, en la **suscripción de algunas pólizas colectivas de salud** de empresas, si la empresa realiza un cambio de aseguradora de salud, normalmente se pacta con la nueva aseguradora que los empleados entren sin exclusiones y sin periodos de carencia, por lo que en **ocasiones no se realizan cuestionarios de salud**. El motivo es que ningún empleado que quedase cubierto en la anterior póliza aseguradora anterior, tenga una exclusión en la nueva aseguradora.

Respecto a las exclusiones generales que aparecen las distintas pólizas nos encontramos siempre (a excepción de las pólizas colectivas) con la **exclusión de las enfermedades preexistentes**, que queda redactado a modo de ejemplo de la siguiente forma;

- *En cualquier caso, no se otorgará la prestación cuando se deban a enfermedades o defectos congénitos o adquiridos, ya existentes antes de suscribir o ampliar la cobertura de la póliza.*
- *Quedan excluidos de la cobertura las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.*

El **periodo de carencia** también se define en las condiciones generales y se refiere al tiempo establecido en el que el asegurado no puede disfrutar de ciertas coberturas de la póliza, contado desde la entrada en vigor del contrato. El periodo de carencia se establece para evitar que los asegurados contraten el seguro solo para cubrir necesidades de las que ya son conocedores (por ejemplo la necesidad de una intervención quirúrgica o una prueba concreta) o enfermedades preexistentes. Este periodo puede ser eliminado contractualmente, si el asegurado proviene de otro seguro médico o si se trata de una póliza colectiva y en los casos de urgencia vital. La duración de la carencia puede oscilar entre 30 días y 24 meses en las modalidades de producto de salud, vida y accidentes.

Veremos a continuación las principales características, condiciones generales y sus exclusiones en referencia a la salud mental por cada tipología de producto analizado.

5.3.1. Seguros de salud – Seguros de Asistencia Sanitaria.

Los Seguros de Asistencia Sanitaria son los que normalmente conocemos como “Seguros de salud”. Su función principal es la prestación de servicios médicos, estos se especifican y definen en la póliza, así como las circunstancias previstas para su cumplimiento.

En el Seguro de Asistencia Sanitaria la prestación consiste en **asumir los gastos derivados de la asistencia sanitaria**, pagando directamente al médico o al centro que ha ofrecido la prestación, en esta modalidad es habitual el copago por parte del asegurado (pago adicional de un precio establecido por usar de un determinado servicio o prestación). Es decir, si el asegurado no hace uso de este servicio o prestación no efectuará el copago. Existe la modalidad de póliza de “Reembolso de gastos médicos” donde la entidad reembolsa la totalidad o una parte de los gastos en los que haya incurrido el asegurado (se establecen límites de reembolso por tipología de prestación, por lo que el asegurado deberá de asumir el coste que exceda de ese límite).

En las dos modalidades el asegurador asume directamente el coste de la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinen.

En casos de urgencia vital, los gastos de asistencia sanitaria están cubiertos por el asegurador, aunque se tratase de la cobertura de un riesgo excluido, siempre que se haya establecido explícitamente en la póliza y que la atención se haya brindado bajo las condiciones establecidas en el contrato.

Tras analizar las condiciones generales de las distintas aseguradoras (en concreto **se han analizado 15 aseguradoras** utilizado como referencia los **productos de salud “premium”** o de mayor cobertura de cada entidad), se obtiene la siguiente información relevante respecto a la cobertura de la salud mental;

- Como se ha comentado en apartados anteriores **quedarán excluidas las enfermedades o condiciones mentales preexistentes** y excluidas por la aseguradora detectadas en el cuestionario de salud o de forma posterior, la redacción de esta cláusula es muy similar entre entidades y como ejemplo se muestran las siguientes redacciones:
 - *Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado; Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación si la Aseguradora no le somete al cuestionario o cuando, aun so metiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él”.*
 - *Las prestaciones que son objeto de esta póliza están condicionadas al cumplimiento de los periodos de carencia indicados y siempre y cuando sean patologías posteriores a la contratación de la póliza y no conocidas por el Asegurado o, siendo anteriores y conocidas por el Asegurado, hayan sido declaradas por éste a la Aseguradora sin que la Aseguradora haya excluido las mismas en el momento de la contratación de la póliza”.*
- En todas las pólizas de salud analizadas, la cobertura de las enfermedades de la salud mental que no sean preexistentes queda incluidas en el ámbito

de cobertura de la póliza, exceptuando las **derivadas del consumo de drogas y alcohol**. En casi todos los condicionados generales también **se excluyen los intentos de suicidio**. Se presentan en cláusulas como las siguientes:

- *Riesgos excluidos; La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.*
- *Riesgos excluidos; La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.*
- *Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.*
- *La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado. La asistencia derivada de intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como la derivada de los accidentes sufridos bajo los efectos de dichas intoxicaciones*
- Respecto a la **hospitalización psiquiátrica** está cubierta en todas las aseguradoras analizadas y los **períodos de carencia** para la cobertura de hospitalización (incluida la hospitalización psiquiátrica) en la mayoría de las aseguradoras es de **6 meses**.
- Se presentan distinciones entre aseguradoras respecto a los días de hospitalización y los motivos de la hospitalización psiquiátrica y sus exclusiones. La mayoría de aseguradoras analizadas tienen **limitados los días de ingreso entre 40 y 60 días, algunas aseguradoras cubren hasta 90 días** de hospitalización para casos concretos. A continuación, se muestran algunos ejemplos de limitaciones encontradas respecto a la salud mental:
 - *La hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados. Presenta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día.*
 - *Hospitalización psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.*
 - *Hospitalización psiquiátrica: máximo de 60 días por asegurado y año.*

- *Se excluye de la cobertura de hospitalización; La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.*
- *Se excluye la cirugía del Parkinson y epilepsia.*
- Respecto a las **sesiones de psicología y psiquiatría**. En varias entidades la psiquiatría no tiene limitado un número concreto de sesiones, sin embargo, la psicología en todas las entidades tiene un límite de sesiones y además en varias entidades esta debe de ser prescrita previamente por una psiquiatra o un médico. En la mayoría de las entidades se especifica que sólo queda cubierta la **psicología clínica y sanitaria** (explicada en el Apartado 4.3 *Recursos para el tratamiento de la salud mental*).
- Lo más común es que las aseguradoras limiten la prestación de psicoterapia entre 15 y 25 sesiones anuales, la mayoría de las aseguradoras analizadas establecen **el límite en 20 sesiones**. Algunas aseguradoras amplían **hasta 40 sesiones** para tratar casos de anorexia y bulimia y otros casos específicos.
- Las compañías que establecen **periodo de carencia** en todos los casos analizados eran superiores los **6 meses**.
- Las compañías que aplican franquicias, estas **franquicias** aplicadas oscilan entre los **5 y 20 euros por sesión**.
- Varias aseguradoras ofrecen el servicio de psicología sin carencia y sin franquicia.
- Otras modalidades utilizadas por las aseguradoras son las de **reembolso de la consulta psicológica** hasta un importe de 20 euros.
- Algunas entidades ofrecen sólo **consulta psicológica de forma virtual**, teniendo las vistas presenciales un coste añadido para el asegurado.

A continuación, veremos algunos ejemplos de redacción de especificaciones de limitantes en psicología y psiquiatría.

- *En particular, las consultas de Psicología deben ser prescritas por un Psiquiatra, Médico de Familia, Oncólogo o Pediatra.*
- *Quedan cubiertas por reembolso de gastos las consultas presenciales de Psicología, prescritas por un Psiquiatra y realizadas por miembros de los colegios oficiales de psicología, que serán reembolsadas con un 80% del importe de los gastos hasta un límite máximo de 20 euros. Esta cobertura se otorga para un máximo de veinte consultas por anualidad y Asegurado.*

- *Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I. Este servicio incluye consulta con el psicólogo y tratamiento, hasta un límite máximo de 20 sesiones por Asegurado y año, salvo para trastornos de la alimentación, en cuyo caso se amplía hasta 40 sesiones por Asegurado y año.*
- *Psicoterapia: Para el tratamiento de las enfermedades relacionadas con la salud mental que sean de origen psicológico y de carácter temporal (patologías relacionadas con la adaptación, estrés, cuadros depresivos temporales, patologías relacionadas con el comportamiento, anorexias y bulimias). Requiere prescripción previa e informe por especialista en psiquiatría del Cuadro Médico/ Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, así como autorización previa expresa de la misma para un profesional/centro concertado.*
- *El número máximo de sesiones cubierto por la Entidad Aseguradora es de 20 sesiones por anualidad de seguro para el conjunto de patologías cubiertas por esta prestación, salvo en trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia, cuyo límite será de 40 sesiones por anualidad de seguro. También se incluye la cobertura para tratamiento de las alteraciones psicológicas provocadas por acoso escolar, ciberacoso y violencia de género, con un límite máximo de 40 sesiones por anualidad de seguro.*
- *Psicología Comprende la atención psicológica de carácter individual prescrita por Psiquiatras, Médicos Asesores de Salud Familiar, Pediatras u Oncólogos Médicos y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo, comprende el diagnóstico psicológico simple. Los test psicométricos, serán por cuenta del Asegurado. Comprende hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15 sesiones por asegurado y anualidad del seguro.*
- *Las sesiones de psicoterapia presencial de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra o pediatra (en el caso de los niños) y practicada por un psicólogo se cubren por medios propios y/o ajenos según lo establecido en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.*
- En casi todas las aseguradoras **se limitan los tratamientos, pruebas y test vinculados a enfermedades mentales**, a continuación, se enumeran sólo algunos ejemplos.
 - *En psiquiatría y psicología clínicas, quedan excluidas las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o la narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño. Se excluyen, además, la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica y la*

terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, así como del desarrollo de origen diverso.

- En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los test psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia (excepto para lo establecido en la prestación de Psicoterapia del punto 6.2 de la cláusula Segunda), hipnosis, sofrología tratamientos neuropsicológicos o de neurorrehabilitación y tratamiento ambulatorio de la narcolepsia.
- No se encuentran cubiertos por la Entidad Aseguradora los test psicológicos o neuropsicológicos, la psicopedagogía, la psicoterapia de grupo y de pareja, el psicoanálisis o las terapias psicoanalíticas, el tratamiento ambulatorio de la narcolepsia, ni la hipnosis. Se establece un Periodo de Carencia de seis (6) meses.
- Psiquiatría. Quedan expresamente excluidos cualquier tipo de test psiconeurológico, tratamiento de drogadicción, alcoholismo y otras adicciones y terapias tanto de grupo como individuales.
- Queda excluido el psicoanálisis, todo lo relacionado con la estimulación precoz, hipnosis, test psicológicos, rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, narcolepsia y curas de reposo o sueño.

Algunas entidades cuentan con los siguientes **servicios psicológicos de valor añadido:**

- Servicio de ayuda psicoemocional a pacientes con enfermedades graves; En relación con las enfermedades graves enumeradas en el apartado anterior, el asegurado contará con la posibilidad de solicitar apoyo psicológico relativo a su enfermedad o estado de salud, de forma telefónica. Dicho servicio consistirá en la concertación de una conferencia con un psicólogo, quien le facilitará asesoramiento, orientación y apoyo emocional dirigidos a superar la adversidad. El servicio consistirá en un máximo de 5 sesiones telefónicas.
- Cobertura de deshabituación tabáquica; Servicio ofrecido por enfermeros y psicólogos especializados en deshabituación tabáquica específicamente designados en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.
- Asistencia Psicológica Telefónica: Servicio exclusivo concertado por la Compañía para tal efecto, prestado por psicólogos colegiados, únicamente a través de la línea telefónica Este servicio consiste en la realización de una escucha profesional activa en momentos de crisis o de malestar psicológico, no compasiva y no intervencionista, conservando una distancia y neutralidad objetiva con el Asegurado; ayudándole a identificar y entender su situación, asesorar en el análisis de las situaciones conflictivas, facilitarle la gestión del estrés personal y

profesional y apoyar y optimizar un tratamiento existente o completar el acompañamiento psicológico al finalizar tratamientos pasados. En ningún caso se trata de una psicoterapia telefónica. En caso de considerarse necesaria una intervención terapéutica, se orientará a los asegurados a un psicólogo clínico vinculado al Cuadro Médico.

- *Si incluye Preparación al parto. Dirigido fundamentalmente a mujeres gestantes a partir del segundo trimestre del embarazo. Comprende el conjunto de técnicas respiratorias y de relajación, gimnasia prenatal y psicoterapia de grupo, que se aplican con la finalidad de que la gestante se encuentre preparada física y psicológicamente.*
- *Nuevas funcionalidades de salud digital, NIXI FOR CHILDREN (kit de realidad virtual reducir la ansiedad de los pacientes pediátricos antes de una cirugía).*
- *Escáner de salud virtual, a través del móvil.*
- *Precios especiales en las sesiones de psicoterapia, ya sea individual, de pareja, familiar, de grupo o sesiones de reeducación y rehabilitación del lenguaje.*

Respecto a los medicamentos recetados por los psiquiatras privados estos no están financiados por la SS y tampoco quedan cubiertos por la aseguradora a excepción de los medicamentos suministrados dentro del ámbito hospitalario.

5.3.2. Seguros de Enfermedad o Protección de Ingresos.

El objetivo de estos seguros es compensar al asegurado por la pérdida de capacidad de ganancias debido a una incapacidad, temporal o permanente, causada por la enfermedad. Estas incapacidades se han explicado previamente en el **“Apartado 3.3 La incapacidad laboral derivada de las enfermedades metales”**. En este sentido, el riesgo asegurado es la enfermedad, entendida esta como la alteración más o menos grave de la salud.

Este seguro tiene distintas modalidades, algunas pólizas contemplan el pago de una indemnización diaria por cada día de incapacidad temporal (**Seguros de Incapacidad Laboral Temporal**) hasta un período máximo, otras pólizas solo ofrecen cobertura en caso de incapacidad temporal que requiera hospitalización (**Seguros de Indemnización por Hospitalización**) y por último existen también pólizas con coberturas complementarias para enfermedades graves.

Se observan **limitaciones de tiempos de cobertura entre 3 meses y máximos de 1 año** y algunas compañías establecen un periodo de carencia de hasta un año para determinadas prestaciones, todas las pólizas de enfermedad establecen un período de carencia determinado en función del tipo de prestación.

Además de las coberturas de incapacidad temporal, algunas pólizas pueden incluir coberturas adicionales de indemnización por Invalidez Permanente Absoluta o Total.

El seguro de Seguro de Incapacidad Laboral Temporal Baremado indemniza con una cantidad fija en función del tipo de enfermedad, dolencia o incapacidad. El no baremado paga en función del tiempo que se esté de baja. En los dos casos, la causa de la baja debe ser determinada por un médico de la Seguridad Social.

En referencia a las enfermedades mentales, la cobertura de estas pólizas no estaría encaminada a cubrir la enfermedad mental sino a **cubrir la incapacidad de trabajar debido a una condición de salud mental**. El problema para las aseguradoras en este ámbito radica en establecer hasta qué punto un problema de salud mental realmente imposibilita el trabajo. Otro problema es que el sector se enfrenta continuamente a intentos de fraude de diversa índole tal y como se expone en el **“Apartado 5.4 Fraude en el sector asegurador”**.

Se han analizado 20 pólizas de esta tipología de distintas entidades. En algunas pólizas constan las personas que no asegurables en el producto;

- *“Personas asegurables. No son asegurables los afectados de enajenación mental, parálisis, epilepsia, alcoholismo, toxicomanía y drogadicción, enfermedades de la médula espinal, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal”*.

Cuando se produce una **hospitalización por salud mental**, en el caso de ser una enfermedad preexistente quedará excluida, y en el caso de no ser una enfermedad preexistente algunas compañías pagan el importe de la prestación en función de los días que dure la hospitalización, pero hasta unos límites que vienen establecidos. El subsidio por hospitalización psiquiátrica estaba excluido en 16 entidades analizadas y **sólo 4 entidades realizaban la cobertura con** los siguientes **límites**; máximo de 10 días en una entidad, dos entidades limitaban la cobertura a un máximo de 20 días y sólo una entidad cubría hasta un máximo de 90 días de hospitalización. En ningún caso quedan cubierta las bajas o hospitalizaciones por alcoholismo, consumo de drogas o internos de suicidio. Nos encontramos como ejemplos ilustrativos las siguientes cláusulas vinculadas a la hospitalización:

- *Supuestos especiales con períodos de cobertura limitados sobre el plazo máximo descrito en la Condición General Primera: Cuando la causa o causas primarias de la enfermedad o accidente padecida por el Asegurado sean las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento, tendrán cobertura únicamente los días que el Asegurado esté hospitalizado de forma ininterrumpida, entendiéndose por ello periodos mínimos de 24 horas, en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias, estando el plazo máximo de cobertura que garantiza el Asegurador LIMITADO a 90 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratados.*

- *La garantía de hospitalización se devengará durante el tiempo que el asegurado figure como paciente interno del hospital con un máximo de 365 días por siniestro, asegurado y anualidad, salvo en los siguientes supuestos espaciales; Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos máximo 20 días.*
- *En el caso de que al asegurado sufra una incapacidad por alguna de las causas que se indican a continuación, el período máximo indemnizable, por siniestro, asegurado, y anualidad será el que se detalla: Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos que conlleven ingreso hospitalario; Máximo 20 días.*
- *Queda excluido los ingresos por psicología, psiquiatría, curas de sueño.*
- *Quedan excluidas de la cobertura y, por lo tanto, no devengarán indemnización alguna, las hospitalizaciones originadas por: Las enfermedades, patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación del seguro o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el Cuestionario o Declaración de Salud que debe cumplimentar el tomador/asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. Las enfermedades producidas en alteraciones de orden público o de guerra. Las enfermedades consecuentes de la energía atómica o nuclear, salvo que sean consecuencia de tratamiento médico. Las epidemias oficialmente declaradas. Los accidentes producidos en cualquier clase de deporte que se practique con carácter profesional. Las hospitalizaciones derivadas de cirugía estética. Las enfermedades o lesiones originadas o producidas por embriaguez, por toxicomanía, por intento de suicidio, por locura, por riña o desafío. Las enfermedades psiquiátricas. Las hospitalizaciones consecutivas o derivadas del embarazo, aborto o parto. Las hospitalizaciones originadas por acciones delictivas o apuestas. Las hospitalizaciones y prórrogas de estancia en hospital por problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).*
- *Quedan excluidos los Ingresos derivados de situaciones crónicas, incurables, terminales o cuando no tengan justificación médica, la diálisis la hemodiálisis, procesos seniles, degenerativos o de origen psiquiátrico.*
- *Riesgos excluidos. No son objeto de cobertura del presente contrato los siguientes riesgos: Las hospitalizaciones originadas por; c) Ingestión de bebidas alcohólicas, por toxicomanía y por intento de suicidio, así como todas sus consecuencias y secuelas. e) Las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central. g) Enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento. También quedan excluidas todas las enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés*

La mayoría de las entidades analizadas (excepto dos) tienen **excluidas la indemnización de las incapacidades derivadas de un factor psicológico**

que no requiera hospitalización. Esta exclusión se aplica para enfermedades preexistentes como para cualquier enfermedad que surja después de la contratación de la póliza.

Las principales exclusiones de las condiciones generales de esta índole quedan redactadas de la siguiente manera;

- *Riesgos excluidos. No son objeto de cobertura del presente contrato los siguientes riesgos: Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que no obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida, un mínimo de 24 horas, ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias. También quedan excluidas todas las enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.*
- *Queda excluido las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.*
- *Riesgos excluidos. Las psicopatías, cualquiera que sea su forma, entendiéndose como tal cualquier dolencia psíquica o psicológica, así como las depresiones de cualquier tipo, grado o condición, endógena, exógena u otra clasificación técnica médica.*
- *Quedan excluidas las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos mentales, de personalidad ocasionados o desarrollados por el estrés, las depresiones, síndromes de ansiedad, definidas en la clasificación internacional de enfermedades de CIE-9-MC cuarta edición, con los códigos 290 a 319, ambos incluidos y sus futuras modificaciones.*
- *Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.*
- *Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.*
- *Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas, así como el proceso derivado del diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia.*
- *Las Enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento. También quedan excluidas todas las Enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.*
- *Patologías derivadas de causas no patológicas o de tratamientos producidos por estas mismas causas.*

- *Aquellas que no sean clínicamente comprobables o en las que la única manifestación sea el dolor.*
- *Riesgos excluidos. Patologías ocasionadas por el stress, síndrome del quemado o “burnout”, sus secuelas, complicaciones y tratamientos específicos.*
- *Riesgos excluidos. Las enfermedades psicosomáticas, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica.*
- *Riesgos excluidos; Las neuropatías y algías que no den síntomas objetivables, así como las enfermedades psíquicas, mentales y/o psicosomáticas.*
- *Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.*
- *Las Enfermedades o Accidentes cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas alcohólicas, o uso de estupefacientes no prescritos médicamente, así como todas sus consecuencias y secuelas.*
- *Riesgos no asegurados; suicidio, sus tentativas, así como autolesión.*
- *El suicidio y la tentativa de este; envenenamiento y mutilación voluntaria; los que ocurren en estado de perturbación mental, embriaguez, toxicomanía y drogadicción; en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa.*

Como puede observarse, respecto a la incapacidad temporal se produce un trato claramente discriminatorio hacia la salud mental y en las exclusiones se generaliza el concepto “cualquier afectación psicológica”. El principal motivo por el cual se excluye de la cobertura es el fraude, ya que las patologías mentales que no requieren ingresos se podrían fingir, en ocasiones el médico que determina la incapacidad no puede efectuar una valoración observable, sino que el diagnóstico se basa en la descripción subjetiva del paciente. Este es un punto que deberían de replantearse las aseguradoras, **no todas las patologías mentales son iguales, algunas son fácilmente demostrables** y se tendrían que establecer protocolos específicos de valoración para cada caso de forma individualizada con unos límites por diagnóstico. Se podría evaluar los casos a través de un psiquiatra de la propia compañía o a través de psicólogo forense para dictaminar el importe de la prestación.

La exclusión de las hospitalizaciones por razones psiquiátricas no tiene razón de ser ya que es difícil que una persona decida hospitalizarse de forma fraudulenta. La principal explicación de la exclusión es la duración de los ingresos psiquiátricos, pero limitado el tiempo de cobertura como ya hacen algunas

entidades es suficiente para minorar el riesgo. Igualmente, **los tiempos de cobertura de hospitalización son reducidos** por parte de las aseguradoras, tal y como se puede ver en el anexo en las tablas de tiempos óptimos, hay enfermedades mentales que requieren más de 90 días de recuperación.

Respecto a las coberturas adicionales por **Invalidez Absoluta o Permanente** si esta ha estado reconocida como tal por la SS, la entidad aseguradora se verá obligada a satisfacer el importe pactado siempre que no se trate de una enfermedad preexistente o que haya sido causada por el consumo de drogas, alcohol o de forma intencionada por el propio asegurado. Esta cobertura adicional también existe en los productos de vida, por lo que la analizaremos con más detalle en el siguiente apartado.

5.3.3. Seguros de Vida.

La garantía principal de los seguros de vida riesgo es el fallecimiento por cualquier causa. Esta garantía se puede completar con capitales adicionales en caso de muerte por accidente o muerte por accidente de circulación. Otras garantías que se ofrecen de manera opcional en los seguros de vida riesgo es la Incapacidad Permanente Absoluta y la Incapacidad Permanente Total. Si se contrata, el asegurado recibirá la cantidad asegurada en caso de que tal incapacidad sea declarada por el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social).

Respecto a las pólizas de vida, la **mala salud mental también se ha relacionado con un aumento de la mortalidad** y se produce una mayor morbilidad de las enfermedades físicas asociadas y un estilo de vida menos saludable.

En el seguro de vida, la muerte por cualquier causa cubre la muerte por cualquier enfermedad no preexistente (hay algunas excepciones) y a diferencia de otros productos aseguradores, también se pueden asegurar personas con enfermedades preexistentes, pero con una sobreprima. Algunas políticas de suscripción directamente excluyen del seguro a determinadas personas con preexistencias o con determinadas profesiones de riesgo.

Respecto al suicidio tal y como hemos analizado en el “**Apartado 2.1.4 España y la estrategia de salud mental**”, es alarmante el número de casos que se producen anualmente en España. En los productos analizados hasta ahora, se excluyen las lesiones autoinfligidas y las tentativas de suicidio, pero **en el seguro de vida el suicidio queda regulado en el artículo 93** de Ley del contrato del seguro.

Artículo 93

Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado.

Se han analizado 12 condiciones generales de distintas aseguradoras y en todas **queda excluido el suicidio durante el primer año de contratación de la póliza** y durante el primer año de haber efectuado una ampliación de capital. Sólo en una aseguradora el suicidio queda cubierto después de 2 años de póliza.

Sin embargo, **las secuelas producidas por un intento** de suicidio, incluida una incapacidad absoluta **quedará fuera de la cobertura de la póliza**.

En ninguna póliza de vida quedan cubiertos los “actos temerarios” o los efectos derivados de siniestros causados de forma intencional, estos actos podrían ser fruto de una mala salud mental. Además, todas las pólizas de vida excluyen la muerte por accidente o enfermedad derivado del consumo de alcohol, drogas u otro tipo de estupefacientes.

En los seguros de vida el cuestionario incluye preguntas muy concretas sobre la salud y el estilo de vida de la persona y en función de la edad y las respuestas así como del capital asegurado será obligatorio un chequeo médico físico o una llamada telefónica de valoración.

Por tanto, respecto a la **cobertura principal de fallecimiento por cualquier causa** no existen exclusiones específicas vinculadas con enfermedades mentales más allá de lo que ya se ha comentado.

Sobre las **garantías complementarias** de los seguros de vida de las compañías analizadas podemos destacar las siguientes:

- Respecto a la **Incapacidad Permanente Absoluta** algunas aseguradoras en su definición incluyen explícitamente las lesiones psíquicas, otras aseguradoras no hacen referencia expresa o no se especifica.
 - *A efecto de este Seguro, se considera incapacidad permanente y absoluta aquella situación **física o psíquica**, e irreversible del asegurado, a consecuencia de accidente o enfermedad, que le haya producido una total y permanente inhabilitación para el desempeño de cualquier servicio retribuido por cuenta ajena o actividad profesional autónoma sujeto a lo establecido en cada momento por la normativa de la Seguridad Social.*
 - *Incapacidad Permanente Absoluta para todo tipo de trabajo: **Situación física** irreversible y consolidada del Asegurado que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que provocan la ineptitud total de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.*
 - *Es la situación **física o psíquica** irreversible, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, que le inhabilite por completo y con carácter permanente para el desarrollo de toda profesión u oficio. Esta situación deberá estar oficialmente reconocida por el INSS u Organismo equivalente. En la actualidad, el único Organismo con capacidad para reconocer la Invalidez en España es la Seguridad Social, o por sentencia judicial firme. En el caso de que dicho Organismo dictamine que la Invalidez Permanente Absoluta es revisable, no se pagará el capital correspondiente hasta que exista un dictamen definitivo del grado*

de invalidez comprobada y aceptada por el Asegurador en base a las condiciones de la póliza contratada

- Respecto a la **Incapacidad Permanente Total**, en sus definiciones, algunas aseguradoras indican que pueden efectuar una revisión del caso más allá de la incapacidad reconocida por la SS.
 - *Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado, que le inhabilita para la realización de las tareas de su profesión habitual, expresamente declarada en la solicitud o de una actividad propia de su formación y conocimientos profesionales, y siempre que pueda dedicarse a otra distinta.*
 - *En caso de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, el Asegurado o Usted nos deberán remitir un detallado informe médico en el que se recoja la siguiente información: 1. Fecha del accidente o del inicio de la enfermedad que haya motivado la Incapacidad. 2. Relación de las lesiones corporales causadas por el accidente o tipo concreto de enfermedad contraída por el Asegurado. 3. Proceso de curación requerido, situación actual del mismo y que a juicio del médico asistente determine su Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual. Nosotros estudiaremos los informes y calificaremos por nuestra parte, la posible existencia de la Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual. En caso de discrepar y si no hubiera posterior avenencia entre las dos partes, ambas se obligan a acudir al peritaje, de médicos, de acuerdo con el procedimiento previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.*
 - *Incapacidad Permanente Total Profesional para la profesión habitual: La situación física irreversible y consolidada del Asegurado que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que determina la total ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual, recogida en Condiciones Particulares. Se entiende por irreversible y consolidada la proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas, cualquiera que sea la causa, siempre que el diagnóstico de esta situación se considere irrecuperable por los peritos médicos, una vez comprobada y aceptada por el Asegurador en base a las condiciones de la póliza contratada*

En las indemnizaciones de Incapacidad Permanente Absoluta e Incapacidad Permanente Total, una vez revisadas las condiciones generales de las aseguradoras no se han encontrado exclusiones expresas derivadas de patologías de salud mental, siempre que la incapacidad haya sido reconocida por el INSS (las patologías que pueden dar lugar a una incapacidad se han descrito en el “**Apartado 3.3 La incapacidad laboral derivada de**

enfermedades mentales “de este documento). Por tanto, la aseguradora deberá satisfacer el capital asegurado siempre y cuando no se trate de una preexistencia. Como en los casos anteriores quedarán excluidas de cobertura los daños o lesiones causados de forma voluntaria e intencionada por el asegurado, actos de imprudencia temeraria, así como los provocados por estado de intoxicación etílica, consumo de psicofármacos o bajo la influencia de drogadicción ya sea por intoxicación o síndrome de abstinencia, entre otros factores que no enumeraremos ya que no están vinculados con la salud mental.

- Respecto a la cobertura complementaria de **Enfermedades Graves**: esta cobertura proporciona un beneficio adicional si el asegurado es diagnosticado con una enfermedad grave especificada en la póliza. En la lista de enfermedades graves podemos encontrar:
 - Accidentes cerebrovasculares
 - Alzheimer
 - Cáncer
 - Infarto de miocardio
 - Insuficiencia renal
 - Parkinson

En referencia a las enfermedades graves que pueden estar vinculadas con la salud mental, la única enfermedad que figura en la lista de enfermedades graves es el **Alzheimer**, por lo que el asegurado tendría derecho al capital establecido en la póliza.

- Respecto a la cobertura de **Dependencia Severa y la Gran Dependencia** quedan excluidas de cobertura las mismas casuísticas que existen en las coberturas de invalidez permanente absoluta, pero en este aspecto añadir que algunas entidades excluyen de esta cobertura también las enfermedades mentales;
 - *Cualquier tipo de trastorno mental o nervioso sin posibilidad de demostración orgánica de la existencia de la enfermedad, como por ejemplo la depresión.*
 - *Las enfermedades psicológicas y procesos dolorosos de cualquier tipo que no tengan sintomatología comprobable.*
- Respecto a las **coberturas adicionales de Accidente** que incluyen algunas pólizas de vida; *Fallecimiento por accidente, Fallecimiento por accidente de circulación, Invalidez absoluta y permanente por accidente, Invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación, Asistencia sanitaria por accidente*. Algunos seguros de vida contemplan condiciones especiales si el riesgo previsto (muerte o invalidez) se produce a consecuencia de un accidente, incluso concretan y amplían más las garantías si se trata de un accidente de circulación. Las coberturas de accidente los veremos en el **“Apartado 5.3.4. Seguros de Accidentes”**.

En los seguros de vida, cabe destacar la cobertura adicional que ofrecen algunas aseguradoras de atención psicológica, como los siguientes;

- *Atención psicológica presencial: El servicio ofrece apoyo por parte de un psicólogo en procesos de duelo ante una defunción, invalidez permanente absoluta o pérdida de salud por cáncer o enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio o accidente cerebrovascular). El beneficio del servicio podrá ser el Asegurado o, en caso de defunción de éste, alguna de las personas de la familia del fallecido: padres, cónyuge o pareja de hecho, hijos y hermanos, pudiendo incluso plantearse sesiones conjuntas para el/la viudo/a e hijos. Se deberá hacer uso de este servicio dentro de los 6 primeros meses desde la fecha del hecho causante de esta prestación, momento en que se realizarán las 2 primeras sesiones de manera conjunta dentro de la primera visita. Este servicio incluye hasta 5 sesiones gratuitas, se dispone de 3 meses adicionales para realizar las demás consultas incluidas en la póliza sin cargo. Cada sesión presencial durará 45 minutos. En caso de estar interesado en asistir a consultas adicionales, tendrá acceso a precios especiales. Si la localidad donde se deba prestar el servicio no contase con psicólogo presencial y el usuario no pudiese trasladarse al centro más cercano, la prestación se realizará mediante sesiones telefónicas de hasta 30 minutos.*

5.3.4. Seguro de Accidentes.

Se define el término accidente en el artículo 100 de la Ley general de seguros.

Artículo 100

Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Las disposiciones contenidas en los artículos 83 a 86 del seguro de vida y en el párrafo 1.º del artículo 87 son aplicables a los seguros de accidentes.

Sea cual sea la modalidad de seguro de accidentes contratada (puede estar contratado como una cobertura adicional de un seguro de enfermedad, de vida o de viaje, por ejemplo) dicho seguro cubre al asegurado tanto si el accidente se produce en la vida privada como a consecuencia de su profesión o trabajo. Es decir, mientras que la causa del siniestro sea accidental, el seguro haría efectivas las coberturas, independientemente de que sea un accidente laboral o no.

Además, algunos seguros ofrecen coberturas adicionales con aumento de capital para accidentes de determinado tipo, como accidentes de circulación.

Se han analizado 16 seguros de accidentes, en las distintas condiciones analizadas se define el accidente exactamente igual que en el artículo 100 pero delimitando el tiempo; *“manifestada como máximo en un plazo de 365 días desde que se produjo la lesión”*.

Respecto a las principales exclusiones, **se excluyen los accidentes que se hayan derivado de una mala salud mental.**

- Quedan excluidos los siniestros que ocurran bajo las siguientes circunstancias; Trastornos de ansiedad y/o trastornos depresivos, fibromialgias, síndrome de cansancio crónico y estrés post traumático
- No son considerados como accidentes: las enfermedades, cualquiera sea su naturaleza, las lesiones corporales debidas a estados patológicos, tales como ataques de apoplejía, perturbaciones mentales y aturdimientos, las lesiones debidas a intervenciones que el Asegurado practique o haga practicar sobre su persona, salvo que sean consecuencia de un accidente sufrido.
- Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes u ocurridos cuando el asegurado esté en estado de embriaguez, entendiéndose por tal cuando presente una tasa de alcohol superior a la permitida por la legislación aplicable en materia de circulación de vehículos a motor, así como los que tengan lugar en estado de enajenación mental o sonambulismo.
- Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental, por estar embriagado o bajo efecto de drogas o estupefacientes no prescritos
- Los Accidentes ocurridos al asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, o de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente, sonambulismo o riña, enajenación mental, desafío u otros hechos delictivos, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas y bienes.
- Exclusiones; personas no asegurables; aquellas afectadas por apoplejía, epilepsia diabetes, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía y otras enfermedades graves y permanentes.
- Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado, el suicidio tentativa de suicidio y mutilaciones voluntarias
- No se considerarán indemnizables los hechos que provoquen exclusivamente efectos psíquicos
- Los hechos que no tengan consideración de accidente de acuerdo con lo estipulado en las condiciones particulares y generales
- Fallecimiento por accidente; no se considerará accidental en ningún caso el fallecimiento producido como consecuencia de un infarto de miocardio, accidentes vasculares o cerebrales, ni cualquier clase de enfermedad mental, aun cuando sean calificados como accidentales por los tribunales o resoluciones de los organismos competentes de la Seguridad social

- *La entidad no pagará el capital contratado cuando sea concedida La incapacidad absoluta o permanente derivada de un accidente a consecuencia de un infarto, accidentes vasculares y cerebrales ni cualquier clase de enfermedad mental, que en ningún caso se consideran accidentes.*

La clave para determinar si un siniestro es o no un accidente está en causalidad, es decir, que tiene que haber una relación causa-efecto y esta **causa debe ser violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado**, por lo que no entrarían en esta definición las enfermedades ni las patologías mentales que pudieran considerarse una enfermedad.

Sin embargo, existe una sentencia del tribunal supremo STS 426/2020 del 15 de Julio de 2020 que reconoce el derecho del asegurado a ser indemnizado por un trastorno psíquico derivado de un accidente. El asegurado encontró a su hijo ahorcado en un intento de suicidio y este posteriormente fallecimiento en los brazos del asegurado. En la sentencia se entiende que el daño psicológico del suceso entra dentro de la definición de *daño corporal* del artículo 100 y que además cumple el resto de las características para considerarse accidente ya que fue un *suceso violento, súbito y externo a la voluntad del asegurado*. El asegurado sufrió un trastorno por estrés post traumático y depresión mayor después del suceso vivido y finalmente se le declaró una invalidez permanente absoluta. La aseguradora fue condenada a pagar la indemnización de invalidez permanente absoluta por accidente.

Según el artículo 104 de la Ley general de seguros *“La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme al artículo 38.”*

En los baremos consultados en las diferentes condiciones generales si el accidente resultase una Invalidez Permanente Parcial, el importe a satisfacer por el asegurador será el resultado de aplicar la suma asegurada estipulada en el caso de invalidez permanente con los porcentajes que a continuación se detallan; *100% enajenación mental incurable, que imposibilite el ejercicio de cualquier actividad laboral.*

5.3.5. Seguro de Asistencia en Viaje.

Un seguro de viaje puede incluir varias coberturas, como la pérdida de equipaje, cancelación, los gastos médicos, accidentes o repatriación. A parte de las coberturas contratadas se puede establecer unos límites en las indemnizaciones. **Se han analizado 10 condiciones generales** de los productos considerados “premium” de asistencia en viaje de distintas compañías aseguradoras.

A continuación, repasaremos las **exclusiones de las distintas coberturas que están vinculadas con la salud mental**,

- Exclusiones generales relativas a la garantía de **anulación de viaje**:
 - *Se excluyen las enfermedades mentales, psíquicas o nerviosas y depresiones, con o sin hospitalización, del asegurado o de los familiares*
 - *Se excluyen Enfermedades psíquicas, mentales o nerviosas y depresiones sin hospitalización, o que justifique una hospitalización inferior a siete días*
- Exclusiones de **gastos médicos**:
 - *Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas, ortesis y prótesis en general, así como los gastos producidos por partos o embarazos y cualquier tipo de enfermedad mental.*
 - *Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica tratamientos de medicinas alternativas (homeópatas, naturistas, etc.), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores.*
- Exclusiones de **accidentes**:
 - *Las lesiones corporales que se produzcan en estado de enajenación mental, parálisis, apoplejía, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, sida, encefalitis, y, en general, cualquier lesión o enfermedad que disminuyan la capacidad física o psíquica del Asegurado.*
 - *Personas no asegurables. El seguro de accidentes no será válido para el caso de muerte, respecto de personas menores de 14 años o incapacitadas. La edad máxima para la validez del seguro será la de 70 años. Para aquellas personas que alcancen tal límite de edad el seguro cesa automáticamente al sucesivo vencimiento anual de la prima. Las personas afectas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, diabetes (salvo lo previsto en el párrafo siguiente) o de otras enfermedades graves y/o permanentes no son asegurables y el seguro cesa con su manifestación, devolviendo el Asegurador al Tomador la parte de prima anual satisfecha del seguro de accidentes por el tiempo no transcurrido.*
- Exclusiones en la **repatriación**:
 - *Los siniestros derivados de depresión, ansiedad, estrés y trastornos mentales o nerviosos.*
 - *Los gastos médicos relativos a cualquier tipo de enfermedad mental o desequilibrio psíquico.*
- **Exclusiones generales** a todas las coberturas:

- *Con carácter general quedan excluidos los siguientes riesgos y sus consecuencias, para todas las coberturas del contrato. Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico*
- *La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades derivadas del intento o producidas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del Asegurado.*
- *Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.*

Respecto a los seguros de viaje, como podemos observar en las diferentes cláusulas se produce una discriminación hacia las patologías mentales.

En una reciente sentencia del Juzgado de Primera Instancia número 12 de Barcelona, sentenció que la **exclusión de las enfermedades mentales o psíquicas como motivo de anulación del viaje se considera una cláusula abusiva y lesiva**. La compañía aseguradora se vio obligada a abonar el precio del viaje que el asegurado que no pudo efectuar por estar de baja médica debido a un problema psicológico. La sentencia considera que no se puede efectuar un trato discriminatorio hacia las enfermedades mentales y que no hay causa que justifique el clausulado de la póliza.⁵⁸

5.4. El fraude en los seguros.

Los principales factores para la exclusión de la salud mental en determinados seguros son los siguientes;

- La dificultad de tarificación del riesgo ya que cada persona puede presentar sintomatologías y tiempos de recuperación distintos ante una misma enfermedad.
- La larga duración y coste de determinadas patologías mentales.
- Los problemas asociados al diagnóstico de la enfermedad, debido a que a veces la única evidencia es la percepción que tiene el mismo asegurado.

Este último aspecto es muy relevante porque el asegurado puede cometer fraude, simulando la enfermedad para cobrar determinadas prestaciones. Es difícil demostrar que una patología psicológica es un fraude y por este motivo es más sencillo realizar la exclusión de la cobertura.

En el informe “**Fraude en el sector asegurador 2023**” publicado por ICEA, 40 entidades aseguradoras ofrecieron datos de fraude correspondiente al ejercicio 2023, el número de casos presentados por las entidades fue de 266.490, de estos casos a continuación se muestran los relativos a los seguros que hemos estudiado en el apartado anterior.

⁵⁸ Colectivo Ronda. Publicación web 15 de marzo 2022.

Cuadro 12. Fraude detectado ejercicio 2023.

Total casos de fraude detectados		266.490
Fallecimiento	9,42%	
Invalidez	13,70%	
Vida ,Accidentes, y Salud	4,07%	

Fuente: ICEA. El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2023

Estas cifras están muy alejadas del ramo que mayor fraude presenta que corresponde al ramo de Automóviles que representa el 64,5% de los casos de fraude detectados.

Los datos de fraude son genéricos y no se puede determinar los que están vinculados a la salud mental, pero evidencia que en estos ramos existe una voluntad elevada de fraude por parte del asegurado.

En los seguros de Vida, Accidentes y Salud el **defraudador directo en más del 92% de los casos es el asegurado**. Destacando los seguros de invalidez en los que el asegurado es el defraudador en el 99,37% de los fraudes detectados. En esta tipología de seguros el fraude por parte de los mediadores es reducido. En los seguros de Vida, Accidentes, Salud y Fallecimiento, el **principal fraude** se produce en la **ocultación de un daño o lesión preexistente y fraude en la suscripción**. En los seguros de Invalidez se destaca que el 10,66% del fraude es un siniestro simulado. En los de Muerte se destaca que el 9,46% del fraude es relativo a la falsificación de minutas y facturas.⁵⁹

⁵⁹ ICEA: El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2023

Cuadro 13. Tipo de fraude detectado. Año 2023.

Ramos/ Garantías	Tipo de Fraude							
	1	2	3	4	5	6	7	8
R.C daños materiales	0,70%	11,08%	30,91%	13,03%	3,06%	30,03%	6,45%	4,74%
R.C daños corporales	0,27%	10,63%	1,26%	8,04%	12,95%	34,88%	28,60%	3,36%
Daños propios	0,39%	4,52%	62,00%	10,02%	5,39%	12,14%	2,94%	2,60%
Robo	0,76%	25,23%	34,03%	12,50%	0,74%	14,63%	5,86%	6,25%
Incendios	2,19%	28,69%	26,69%	10,36%	1,59%	14,54%	9,36%	6,57%
Accidentes Personales	0,25%	1,13%	5,11%	8,10%	2,75%	61,61%	21,06%	0,00%
Rotura de lunas	1,36%	12,50%	30,77%	28,85%	4,97%	9,38%	9,13%	3,04%
Otras	0,94%	7,22%	9,60%	40,56%	0,61%	27,37%	12,13%	1,57%
Total Automóviles	0,58%	9,64%	27,32%	15,18%	5,31%	26,73%	11,69%	3,56%
Pyme	2,80%	22,31%	16,88%	19,68%	4,03%	15,55%	4,92%	13,84%
Comercio	6,21%	21,54%	12,21%	19,34%	4,93%	14,88%	3,13%	17,76%
Hogar	11,95%	25,71%	11,55%	17,80%	4,51%	9,46%	3,83%	15,18%
Comunidades	13,03%	19,46%	10,29%	23,32%	1,89%	8,87%	3,10%	20,04%
Responsabilidad Civil	1,01%	19,79%	11,49%	12,72%	4,64%	15,09%	21,56%	13,70%
Total Diversos y RC General	10,81%	23,90%	11,64%	18,74%	4,06%	10,27%	4,50%	16,07%
Fallecimiento	6,49%	0,27%	5,14%	77,30%	9,46%	0,00%	0,00%	1,35%
Invalidez	15,22%	10,66%	3,35%	47,38%	6,79%	4,21%	12,30%	0,09%
Otras	4,40%	3,61%	5,46%	76,02%	2,77%	1,41%	2,11%	4,22%
Total Vida, Accid. y Salud	6,03%	3,97%	3,82%	73,64%	4,41%	1,56%	3,63%	2,93%
Otros Ramos	2,62%	29,98%	11,03%	13,08%	12,24%	17,44%	5,04%	8,57%
Total	4,08%	14,41%	21,51%	17,55%	4,95%	20,71%	9,09%	7,70%

Los tipos de fraude recogidos en la estadística son:

- 1.- Fraude en la suscripción
- 2.- Siniestro simulado
- 3.- Exclusión de cobertura
- 4.- Ocultación de daño o lesión preexistente
- 5.- Falsedad de facturas, minutas u otros documentos
- 6.- Reclamación desproporcionada
- 7.- Falta de Nexo Causal
- 8.- Otros

Fuente: ICEA: El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2023

5.5. Retos y propuestas respecto a la salud mental.

El incremento de las necesidades de la población de una cobertura que cubra la salud mental, así como el incremento de los costes derivados de enfermedades vinculadas a la salud mental hace que sea necesario tomar acciones respecto a la salud mental desde el sector asegurador.

Se deben diversificar las herramientas y los enfoques para dar una solución. Tal y como hemos analizado en las condiciones generales, todavía no están equiparadas las dolencias de salud mental al nivel de las dolencias físicas y se encuentran excluidas de forma discriminatoria en una variedad de productos.

Las aseguradoras pueden abordar el problema de la salud mental de sus asegurados por varias vías, a través de la prevención, a través de la correcta tarificación y conocimiento del riesgo, y a través de las propias coberturas aseguradoras, además tienen un papel importante como empleadores por lo que no se pueden olvidar de la salud mental de sus empleados.

Desde el enfoque de prevención, se pueden utilizar varias herramientas. Por ejemplo;

- Existen aplicaciones que permiten detectar el estrés mediante el análisis de unos indicadores que se pueden medir a través de la propia cámara del móvil. **La fotopletismografía remota**, utiliza sensores de luz de la cámara para detectar cambios sutiles en el flujo sanguíneo debajo de la piel y analizarlos para obtener resultados, incluidos los niveles de estrés.
- A través de las **analíticas** se pueden medir determinados componentes como el cortisol o el litio por ejemplo, que están implicados en determinados trastornos mentales.
- Existen **aplicaciones que permiten el autodiagnóstico** de la salud mental a través de una serie de preguntas y que ofrecen recomendaciones en función de la respuesta.
- Ofrecer **asesoramiento** sobre salud mental de forma proactiva desde la aseguradora a través de seminarios, noticias, videos informativos, etc, a clientes y empleados para fomentar la concienciación.
- Proporcionar **teléfonos de asistencia psicológica** para las personas que tienen contratados una serie de productos aseguradores, no sólo vincularlo a las pólizas de salud.
- Ofrecer **talleres** para los padres y profesores para que puedan detectar problemas de salud mental en menores y así derivarlos a especialistas.
- Respecto a la salud mental de personas mayores que se sienten solas, se pueden crear **grupos de apoyo** y efectuar un seguimiento periódico telefónico de su salud.
- También se pueden utilizar **nuevas tecnologías de inteligencia artificial**, ya existen aplicaciones de IA con las que se puede chatear y contestan como si se estuviera hablando con una persona real. Se puede programar esta inteligencia artificial para que tenga conocimientos en psicología y pueda ofrecer unas respuestas correctas y alentadoras a la persona que está escribiendo. Además, se podría programar de tal manera que, si la propia inteligencia artificial detecta un problema grave como por ejemplo intenciones suicidas, se realice un aviso automatizado a la aseguradora para que pueda intervenir un profesional.
- Realizar ejercicio, una vida saludable y dormir bien son también factores que contribuyen a la salud mental, las aseguradoras pueden elaborar iniciativas que **promuevan estos estilos de vida saludables** a través de coberturas vinculadas con los servicios de nutrición y dietética, ofrecer descuentos a personas que practican deporte, por ejemplo, a través de la monitorización de su salud a través de pulseras inteligentes o a través de

contadores de pasos. Los seguros médicos también pueden ofrecer coberturas sanitarias para el correcto tratamiento y análisis del sueño.

Desde el enfoque del conocimiento del riesgo, se deben de realizar más estudios sectoriales sobre los costes que tiene cada tipología de enfermedad mental y los problemas físicos derivados de estas, es decir sus comorbilidades específicas. Ampliar el conocimiento es clave para poder realizar una correcta tarificación de los riesgos y de esta forma no utilizar “exclusiones genéricas” sobre enfermedades mentales, agrupando bajo el mismo concepto patologías muy distintas, para ello es necesario cierto grado de automatización de los datos, así como capacidad interna de la aseguradora. La dificultad de diagnosticar con precisión los problemas de salud mental y establecer su gravedad en términos absolutos provoca como resultado, la exclusión de las enfermedades mentales en determinados productos, especialmente en los productos de protección de ingresos.

Un informe reciente de Munich Re (2022) reveló que, al adoptar un enfoque basado en la evidencia y matizado para la suscripción (considerando las circunstancias físicas, mentales, sociales y económicas de una persona y efectuando una evaluación de medida de la naturaleza, frecuencia y acumulación de síntomas) y no basando las decisiones de suscripción en episodios aislados de angustia o eventos adversos, permitió incrementar la asegurabilidad de las personas con problemas de salud mental. El informe indica que utilizando este nuevo enfoque la cobertura a personas con problemas de salud mental que solicitan productos de seguro de vida en el mercado alemán mejoró su asegurabilidad del 16 % al 56 %.⁶⁰

Los suscriptores pueden reconsiderar la forma en la que evalúan el riesgo y ampliar la asegurabilidad de las personas que viven con problemas de salud mental. Las personas que han tenido antecedentes de alguna enfermedad pueden efectuar cuestionarios específicos sobre enfermedades mentales que permitan la evaluación más detallada de la misma. Es necesario un conocimiento médico específico sobre estas enfermedades por parte de los suscriptores para poder valorarlas correctamente, teniendo en cuenta que el diagnóstico de un médico general puede ser diferente al de un psiquiatra, por ejemplo.

El autoinforme de un problema por parte de un asegurado puede ser subestimado o exagerado. Como hemos analizado en los cuestionarios de salud las preguntas se enfocan a enfermedades mentales concretas o se realizan preguntas demasiado genéricas como “*sufre o ha sufrido alguna problema mental o psicológico*”, según la Encuesta efectuada por AXA⁶¹, las personas a menudo no reconocen la gravedad de su situación, el estudio revela una tendencia en torno al diagnóstico, las personas tienden a sobreestimar la calidad de su salud mental. Según el estudio siete de cada diez personas con sospecha de diagnóstico clínico de depresión, ansiedad o estrés en niveles severos perciben su salud mental como buena o promedio. Esta desconexión entre la

⁶⁰ THE GENEVA ASSOCIATION. Promoting peace of mind: Mental health and insurance

⁶¹ AXA Mind Your Health in The Workplace . 2024 Mind health report.

percepción y la realidad apunta a una falta de conciencia sobre los problemas de salud mental.

Desde el enfoque de la cobertura del riesgo, el problema radica en la preexistencia (a veces no detectable) y la posibilidad de fraude por parte del asegurado o del proveedor de servicios.

Respecto al pago de las prestaciones vinculadas con los problemas de salud mental, las clasificaciones de la CIE y el DSM para las afecciones de salud mental proporcionan una herramienta para el diagnóstico y para realizar las provisiones de los futuros costes derivados de la cobertura de ciertas patologías. Es importante provisionar correctamente estas enfermedades que pueden suponer costes elevados para la aseguradora. Aun así, para las aseguradoras resulta difícil evaluar la duración de un ingreso o el número de sesiones psicológicas, necesarias para tratar un problema de salud mental ya que cada persona puede necesitar coberturas distintas ante un mismo diagnóstico. Además, las aseguradoras tienen que evaluar que los proveedores médicos están realizando un tratamiento adecuado (hay una falta de pautas de tratamiento estandarizadas) es difícil determinar si un paciente está siendo tratado de acuerdo con las mejores prácticas o si las hospitalizaciones se alargan en el tiempo de forma innecesaria.

Respecto a la cobertura del riesgo se proponen las siguientes soluciones;

- Creación de **coberturas complementarias** y específicas que cubran los riesgos psicológicos, que necesiten su propio cuestionario y tengan su propio condicionado. Estas coberturas deberán tener una prima que sea adecuada al riesgo.
- **Seguimiento de cada caso** por parte de personal especializado dentro de la aseguradora que cuente con la información adecuada y realice comprobaciones de forma proactiva.
- Realizar **colaboraciones con instituciones públicas** para financiar determinadas coberturas, actualmente se han ampliado los presupuestos estatales dedicados a la salud mental por lo que se pueden establecer alianzas para cubrir ciertos costes.
- Fomentar la **utilización de herramientas (digitales)** de salud mental para reducir costes, en los casos que este tipo de atención sea suficiente.
- **Vincular ciertas patologías** o situaciones **con un acompañamiento de salud mental** obligatorio y proactivo por parte de la entidad aseguradora, como por ejemplo en casos de diagnóstico de anorexia o problemas alimentarios, planes de maternidad para abordar la depresión posparto o el asesoramiento para los asegurados después de un diagnóstico de cáncer u otra enfermedad grave, un tratamiento psicológico en estos casos puede evitar problemas futuros.

Otro problema al que se enfrentan las aseguradoras es en el acuerdo de los precios de los servicios de psicología, **una sesión privada de psicología se**

sitúa entre los 45 y los 70 euros. Por lo que **el pago** al proveedor de una sesión psicológica a **un precio inferior** por parte de la aseguradora puede derivar **en un tiempo de consulta inferior, una calidad de servicio inferior y el descontento del asegurado con relación al servicio.** Además, las aseguradoras realizan la cobertura de psicología clínica y sanitaria, pero existen otras especialidades de psicología y en función del problema de asegurado puede que otras especialidades se ajusten más. En este sentido **las coberturas de reembolso se plantean como una buena alternativa**, el reembolso del 80% de la consulta hasta un límite anual de 300 euros por persona sería una buena solución para problemas más comunes como el estrés y la ansiedad o los trastornos de déficit de atención. De esta manera el asegurado no realizará más sesiones de las que crea necesarias y podrá acudir al profesional que le ofrezca el servicio que más le convenga. No obstante, en estos casos también se pueden producir situaciones de fraude en las facturas presentadas por el asegurado.

Desde el enfoque de las aseguradoras como empleadoras el entorno laboral y las condiciones de trabajo, tienen un impacto importante en la salud mental, según el estudio efectuado por de Axa⁶² como resultado directo del entorno de trabajo, tres cuartas partes de las personas encuestadas experimentaron uno o más de los siguientes síntomas:

- Cansancio elevado y pérdida de energía
- Problemas para dormir
- Estrés y ansiedad que son difíciles de controlar
- Pérdida de interés o placer en las actividades habituales
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Pérdida de confianza en sí mismos
- Sentimientos de inutilidad
- Trastornos del apetito o de la alimentación

Por lo tanto, las empresas deben adoptar un **enfoque integral del bienestar de los empleados**, teniendo en cuenta los factores de su vida personal y profesional. Las aseguradoras en este aspecto pueden efectuar acciones como empleadoras sobre sus propios empleados, pero también **realizar iniciativas como aseguradora de empresas con pólizas colectivas de salud.** Se pueden proporcionar herramientas a los empleados para que aprendan a gestionar determinadas emociones a través de cursos, sesiones de meditación, coberturas de apoyo psicológico o coaching o “entrenadores de salud mental”. Además, es necesario incrementar la evaluación de riesgos psicológicos en los puestos de trabajo e incrementar labor realizada por las mutuas de trabajo respecto a la prevención de problemas de salud mental.

⁶² AXA Mind Your Health in The Workplace . 2024 Mind health report.

6. Conclusiones

Las patologías de salud mental se han visto incrementadas en los últimos años, y agravadas por la pandemia y por los últimos eventos políticos mundiales. La ansiedad, depresión, estrés crónico, trastornos alimentarios, adicciones, déficit de atención, y nuevos trastornos derivados de las tecnologías, entre otras, están siendo diagnosticadas continuamente y con una alta incidencia en niños y adolescentes.

Tras el análisis realizado, se detecta una **deficiencia en la cobertura pública de la salud mental** (falta de derivación a atención especializada, tiempo de espera elevado, visitas cortas y espaciadas en el tiempo con alta rotación del personal) aunque se están realizando varias iniciativas a nivel estatal todavía no se cuenta con el número de profesionales suficientes y España está muy por debajo de la media europea en cuanto a psicólogos y psiquiatras, lo que **incrementa la solicitud de servicios del sector privado y su consecuente cobertura por parte de las aseguradoras de salud**. En este punto se debe destacar una falta de comunicación, registro y tratamiento conjunto entre la sanidad pública y privada respecto a la salud mental.

Los diferentes estudios realizados por la OMS y por otras instituciones públicas revelan que hay un elevado del número de personas que sufren una mala salud mental y hay una clara previsión de su incremento. Estos factores harán que incremente la siniestralidad vinculada es estas prestaciones y **las aseguradoras deberán tomar medidas preventivas para controlar los costes**, tanto de las prestaciones directas vinculadas a salud mental cómo del incremento de costes del tratamiento de otras enfermedades físicas vinculadas con la salud mental. En este punto es clave **disponer de los datos suficientes a nivel sectorial** y diseñar herramientas que tengan parametrizadas las comorbilidades entre enfermedades para su correcta provisión.

Las personas que presentan una enfermedad mental antes de la contratación de un seguro se encuentran que esta patología queda excluida y no solo el trastorno presente, sino que en ocasiones se le aplicarán exclusiones genéricas que implican la no cobertura futura de “cualquier enfermedad mental, psicológica o psiquiátrica”. Dependiendo del tipo de seguro algunas personas que tienen una patología de salud mental serán personas no asegurables o deberán de pagar una sobre prima. En este sentido desde el sector asegurador se están realizado **discriminaciones sin haber evaluado el riesgo de forma minuciosa**. Es necesario un mejor conocimiento sobre las enfermedades mentales, y su forma de evaluación, para ello es necesario **disponer de suscriptores que cuenten con formación adecuada respecto a la salud mental**.

Se ha detectado que los **cuestionarios de salud** en cuanto a lo que a salud mental se refiere no formulan las preguntas de forma correcta, se realizan preguntas muy genéricas o se utilizan trastornos muy distintos para ejemplificar las preguntas. Dado el incremento de estas patologías, debería de realizarse un cuestionario específico relativo a la salud mental que además sirva para tarificar correctamente el riesgo.

La cobertura de la salud mental en los **Seguros de Salud** por parte de las aseguradoras se limita a un número de visitas anuales y a unos periodos de hospitalización psiquiátrica con límites de cobertura. La exclusión de pruebas y tratamientos fuera de la mera consulta de psicología clínica demuestra que las aseguradoras no están suficientemente comprometidas con la salud mental. No obstante, se están desarrollando aplicaciones y consultas virtuales telefónicas que mejoran el servicio ofrecido.

El incremento de número de bajas laborales derivadas de problemas de salud mental conlleva a la necesidad de ampliar esta cobertura en los **Seguros de Protección de Ingresos**. Se ha detectado que esta tipología de seguros no cubre correctamente la salud mental ya que no se cubre ninguna patología de esta índole (preexistentes o no preexistentes). Algunas compañías cubren las indemnizaciones por hospitalización psiquiátrica pero los días de cobertura están limitados y son insuficientes en el caso de enfermedades que requieran hospitalización de larga duración. Estos productos tendrían que adaptarse a la cobertura de las enfermedades psiquiátricas, el problema que afronta la aseguradora en estos casos es el fraude. Sin embargo, si se cuenta con personal específico que valore cada caso y se incrementan las primas en relación con los nuevos riesgos asegurados, sería posible realizar la cobertura de estas patologías.

Al haberse incrementado en la población los problemas de salud mental también se han incrementado el número de personas a las que se les concede Incapacidad Laboral Permanente Absoluta o Total, esto conlleva a la consiguiente indemnización por parte de los **Seguros de Vida Riesgo y Seguros de Protección de Ingresos** que tengan estas coberturas adicionales en la póliza. Una vez concedida la incapacidad por la SS, indistintamente de si esta es física o mental, las aseguradoras efectuarán la cobertura de la prestación (siempre que no se trate de una condición preexistente). En estos casos no se ha detectado discriminación por parte de las aseguradoras, pero resulta fundamental el cuestionario de salud para demostrar que la enfermedad no es preexistente. Respecto a esto, en determinados productos de vida vinculados a hipotecas, las aseguradoras no están realizando todas las comprobaciones necesarias respecto a las declaraciones de salud que han tramitado los mediadores. Además, se deberá de tener en cuenta este incremento de siniestralidad a la hora de realizar las provisiones del producto.

Respecto a los **Seguros de Vida, la cobertura de muerte** por cualquier causa cubre el suicidio después del primer año de vigencia de la póliza, no obstante, estarían excluidos los actos temerarios efectuados por el asegurado, estos actos podrían ser fruto de un trastorno mental, tampoco quedarían aseguradas las muertes causadas por el consumo de alcohol, drogas y medicación no prescrita, como se ha comentado en apartados anteriores estas adicciones están estrechamente vinculadas con la salud mental. Las aseguradoras de vida también se encontrarán con un incremento de la mortalidad de las personas que presentan un trastorno mental debido a la comorbilidad de determinadas enfermedades físicas asociadas y a estilos de vida menos saludables.

Respecto al **Seguro de Accidentes** las aseguradoras excluyen la consideración de enfermedades mentales dentro de la definición de accidente, sin embargo, en algunas ocasiones podrían cumplirse los requisitos legales para considerarse un

accidente, al estar expresamente excluidos en las condiciones generales las enfermedades mentales, deberán ser los tribunales los que decidan si la aseguradora deberá de realizar o no dicha cobertura.

Respecto a los **Seguros de Viaje** analizados, todos contenían cláusulas que excluían las patologías mentales en las coberturas, tanto en las de anulación como las de repatriación y hospitalización, esta exclusión es discriminatoria.

El motivo de las **exclusiones de salud mental** en las distintas pólizas se deriva del fraude, la complicación de tarificación del riesgo y en la determinación de las provisiones de los costes de los tratamientos (que pueden ser muy elevados debido a que ciertas enfermedades tienen periodos de recuperación muy largos).

Por tanto, se detecta una brecha de protección respecto a las personas con enfermedades mentales y se puede concluir que las aseguradoras no están cubriendo correctamente los riesgos derivados de patologías de salud mental en los distintos productos aseguradores.

Las aseguradoras deberán de tomar medidas para cubrir correctamente el riesgo si quieren estar alineadas con el *Objetivo 3 Salud y bienestar*. La correcta cobertura de la salud mental será un factor diferenciador para las entidades ya que hay un interés creciente por parte de la sociedad por una buena salud mental y el autocuidado. Además, el creciente interés por parte de las organizaciones sobre la salud de sus empleados supondrá el incremento de la contratación de pólizas colectivas de salud, donde se espera la cobertura de la salud mental, y en muchas de estas pólizas no hay exclusiones ni periodos de carencia.

La escasez de datos de las aseguradoras hace que se desconozca el verdadero alcance del problema, se necesitan mejores datos para demostrar la demanda, para aumentar el acceso a los servicios de salud mental y crear nuevos servicios que se adapten a estas demandas.

Aunque ha habido avances en la comprensión y el tratamiento de la salud mental, aún queda mucho por hacer. Es imprescindible que los países refuercen sus políticas o planes de salud mental y que se integre la salud mental dentro del sistema de atención primaria de salud. Las entidades aseguradoras tienen la oportunidad de liderar este cambio, promoviendo un enfoque más inclusivo y accesible para el tratamiento de la salud mental.

Bibliografía

Informes:

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Ginebra ,2022.

<<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos: Panorama general. Ginebra ,2022.

<<https://iris.who.int/handle/10665/356118>.>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo. OMS: Mental health at work: Policy brief, Ginebra, 2022.

<<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362983/9789240057944eng.pdf?sequence=1>>

MINISTERIO DE SANIDAD. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 Estrategia Salud Mental del SNS Versión:9 de mayo de 2022.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 (noviembre 2023). Madrid, Ministerio de sanidad centro de publicaciones, 2023.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf>

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. Informe. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Colección Informes Número 01/2024. Primera edición, marzo de 2024. Madrid, Consejo Económico y Social, 2024.

<https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf>

NACIONES UNIDADAS. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf?_gl=1*k5oshp*_ga*NjYyNjY3NDg3LjE3MTQ1OTI1ODk.*_ga_TK9BQL5X7Z*MTcxNTUxMjEyNi4zLjE1MTcxNTUxMjEzMy4wLjAuMA..>

EUROPEAN COMMISSION. Communication from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions on a comprehensive approach to mental health. COM(2023) 298 final. Bruselas, 2023.

<https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf&prefLang=es>

OECD: Health at a Glance 2023. Paris,2023
<<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>>

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK – EU-OSHA-. Report Mental health at work after the COVID19 pandemic – What European figures reveal. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2024.
https://osha.europa.eu/sites/default/files/documents/Mental%20health%20at%20work%20after%20the%20COVID%20pandemic_en_0.pdf

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK – EU-OSHA ; OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces - Flash Eurobarometer 2022. Bilbao,2022.
<https://osha.europa.eu/sites/default/files/Eurobarometer-OSH-in-post-pandemic-workplaces_en.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. Madrid, Ministerio de sanidad secretaría general técnica centro de publicaciones, 2022.
<https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD. Informe mensual diciembre 2023 LÍNEA 024
<https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/Informe_diciembre_2023.pdf>

FEDERACIÓN SALUD MENTAL CASTILLA Y LEÓN. *Guía de prevención del suicidio Protocolo de actuación en conductas autolíticas* 2022.Valladolid,2022.
<<https://www.consalmmental.org/publicaciones/Guia-prevencion-suicidio-Salud-Mental-CYL.pdf>>

ICEA. Estadística de Sostenibilidad del sector asegurador año 2023.Informe nº1.807. Madrid, 2024.

UNESPA Memoria social del seguro 2023. Madrid, 2024.
<<https://www.unespa.es/que-hacemos/publicaciones/informes/>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ICD-11 Implementation or Transition Guide, Ginebra, 2019.
<https://icd.who.int/en/docs/ICD11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11). Ginebra: 2022.
<https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf>

UGT . Salud mental y Trabajo. Madrid 2023.
<<https://www.ugt.es/sites/default/files/SALUD%20MENTAL%20Y%20TRABAJO%202.pdf>>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA. Segunda edición CIE 10 ES. Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión Modificación Clínica 2ª Edición- Enero 2018 Tomo I: Madrid, imprenta Nacional de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2018.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Datos 2017. Madrid, Ministerio de sanidad centro de publicaciones, 2020.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. NTP 355: Fisiología del estrés.

https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_355.pdf/d0c209e9-026e-4d85-8faf-5a9fcea97276

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. Estrés. Aspectos médicos (2ª edición). Madrid, 2006.

<https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos tecnicos/estres-aspectos-medicos-vol-i-y-vol-ii-2006>

MINISTERIO DE SANIDAD. Informe 2023 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid, Ministerio de Sanidad centro de publicaciones, 2023.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf>

FUNDACIÓN MUTUA MADRILEÑA “La situación de la Salud mental en España, 2023. Madrid, 2023

<https://www.fundacionmutua.es/documents/informe-salud-mental-espana-2023-bajo.pdf>

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (IDIS). Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2023. Madrid 2023.

fundacionidis.com/folletos/idis_sanidad_privada_aportando_valor_2023_2023_0522.pdf

ICEA. El Seguro de salud. Estadística a diciembre 2023. Informe nº1.787 Madrid, 2023.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL (SEPSM). Libro Blanco de la Psiquiatría en España. Madrid, 2023.

https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Estrategia Nacional Sobre adicciones 2017-2024. Madrid, Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017.

https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA. Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en salud mental, 2022. Madrid 2023.

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2022.pdf>

AXA Mind Your Health in The Workplace . 2024 Mind health report

<https://www.axa.com/en/press/publications/mind-health-report-2024>

ICEA: El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2023. Informe nº 1.796. Madrid, 2024.

THE GENEVA ASSOCIATION. Promoting peace of mind: Mental health and insurance. Zurich, 2023

<https://www.genevaassociation.org/publication/health-and-demography/promoting-peace-mind-mental-health-and-insurance>

Fuentes de internet:

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Notas descriptivas. Trastorno depresivo (depresión). Datos a 31 marzo 2023.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

(Fecha de consulta: 10 de abril 2024).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Notas descriptivas: suicidio, datos a 28 agosto 2023.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

(Fecha consulta: 10 de abril de 2024).

OMS. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. Informe del Director General. 75.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. (25 de abril de 2022)

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_43-sp.pdf

(Fecha de consulta: 12 de abril de 2024).

COMISIÓN EUROPEA. Una Europa sostenible de aquí a 2030. Publicado 19 de enero de 2019.

https://commission.europa.eu/publications/sustainable-europe-2030_es

(Fecha de consulta: 20 de abril de 2024).

UNION EUROPEA. Flash Eurobarómetro sobre salud mental, publicado el 9 de octubre de 2023.

<<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>>

(Fecha de consulta: 12 de abril de 2024).

INE. Base Salud Sociedad. Estadística de defunciones según la causa de muerte Resultados detallados. Año 2022.

<<https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=61481&L=0>>

(Fecha de consulta: 01 de mayo de 2024).

INE. Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

<<https://ine.es/dyngs/ODS/es/index.htm>>

(Fecha de consulta: 12 de mayo de 2024).

INE. Notas de Prensa. Datos provisionales 26 de junio de 2024. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte Año 2023. Datos provisionales

<<https://ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>>

(Fecha de consulta: 1 de julio 2024).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)

<<https://www.who.int/es/standards/classifications/classification-of-diseases>>

(Fecha de consulta: 6 de julio 2024).

MINISTERIO DE SANIDAD. Clasificaciones y normalización estadística

<<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/home.htm>>

(Fecha de consulta: 6 de julio 2024).

MINISTERIO DE INCLUSION, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES, Incapacidad Permanente.

<<https://www.seq-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539>>

(Fecha de consulta: 6 de julio 2024).

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA EN ESPAÑA. Sigue en aumento la cifra de psicólogos colegiados en España, según el INE. 27 May 2024

<<https://www.infocop.es>>

(Fecha de consulta 8 de junio 2024).

V.LEX Información jurídica. Sentencia STS 773/2004 de 23 de junio de 2004

<<https://vlex.es/vid/delito-robo-17210494>>

(Fecha de consulta 15 de abril de 2024).

V.LEX Información jurídica. Sentencia STS 1573/2023, 14 de Noviembre de 2023.

<<https://vlex.es/vid/953729503>>

(Fecha de consulta: 15 de abril de 2024).

V.LEX Información jurídica. Sentencia del tribunal supremo STS 426/2020 del 15 de Julio de 2020.

<<https://vlex.es/vid/846978605>>

(Fecha de consulta: 15 de abril de 2024).

CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL. Sentencia STS 1693/2024 del 1 de abril 2024.

<https://www.rdmf.es/wp-content/uploads/2024/05/STS_1693_2024.pdf>

(Fecha de consulta: 28 de mayo de 2024).

Fuentes Oficiales:

REAL DECRETO 303/2004 por el que se aprueba el Reglamento de los Comisionados para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros (BOE de 3 de marzo de 2004).

LEY 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. (BOE 17 de octubre de 1980)

REAL DECRETO LEGISLATIVO 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE 31 de octubre de 2015)

LEY 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (BOE 2 agosto 2011).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE de 22 noviembre de 2023).

Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. (BOE. 04 de agosto de 2021).

Oficina de Transparencia y Acceso a la Información, registro número 00001-00087531. Datos actualizados a 6 marzo 2024.

Beatriz Jiménez Gregorio

Licenciada en Administración y Dirección de Empresas y Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales con la especialidad de Psicosociología y Ergonomía. En los inicios de mi carrera me dediqué al ámbito de la prevención de riesgos laborales y a la gestión de recursos humanos en distintos sectores, lo que me ha hecho entender la importancia de la salud mental y su impacto en los trabajadores y en las organizaciones.

En los últimos diez años he desarrollado distintos puestos dentro de MGC Mutua, una aseguradora de Salud y Vida, siendo actualmente la persona responsable del área de Solvencia II y también formo parte del Comité de Riesgos desde el cual definimos y supervisamos la implementación del Plan de sostenibilidad de la entidad. Por ende, conozco de primera mano las coberturas de los distintos productos, así como la importancia que tiene la implicación de las aseguradoras para la consecución de los objetivos ODS. En concreto el objetivo ODS3 Salud y bienestar dentro del plan de sostenibilidad, es uno de nuestros pilares estratégicos en el que estamos trabajando distintos ámbitos, incluidas las coberturas vinculadas a la salud mental.

Durante el transcurso de mi carrera profesional en el sector asegurador he ampliado mis conocimientos técnicos, primero con la realización en el año 2018 del Postgrado en Solvencia II y ahora con este Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras.

ANEXO

[Manual de tiempos óptimos de incapacidad laboral](#)

5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
F01	Demencia vascular, sin alteración del comportamiento	180
F02.8	Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento	180
F03	Demencia no especificada	180
F03.90	Demencia no especificada sin alteración de la conducta	180
F05	Delirio debido a afectación fisiológica conocida	60
F06.2	Trastorno psicótico con ideas delirantes debido a afección fisiológica conocida	90
F06.30	Trastorno del estado de ánimo debido a afección fisiológica conocida, no especificado	60
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a afección fisiológica conocida	60
F06.8	Otros trastornos mentales especificados debidos a afecciones fisiológicas conocidas	60
F07.0	Alteración de personalidad debida a afección fisiológica conocida	90
F07.81	Síndrome posconmocional	90
F10.10	Abuso de alcohol, sin complicaciones	4
F10.20	Dependencia de alcohol, sin complicaciones	4
F10.21	Dependencia de alcohol, en remisión	4
F10.229	Dependencia de alcohol con intoxicación, no especificada	4
F10.231	Dependencia de alcohol con delirio por abstinencia	20
F10.27	Dependencia de alcohol, con demencia persistente inducida por alcohol	180
F10.929	Consumo de alcohol no especificado, con intoxicación no especificada	4
F10.950	Consumo de alcohol no especificado, con trastorno psicótico con ideas delirantes inducido por alcohol	90
F10.951	Consumo de alcohol no especificado, con trastorno psicótico con alucinaciones inducido por alcohol	90
F10.96	Consumo de alcohol no especificado, con trastorno amnésico persistente inducido por alcohol	180
F14.10	Abuso de cocaína, sin complicaciones	4
F14.20	Dependencia de cocaína, sin complicaciones	4
F15.920	Consumo de otro estimulante no especificado, con intoxicación sin complicaciones	4
F16.10	Abuso de alucinógenos, sin complicaciones	4
F17.200	Dependencia de nicotina no especificada, sin complicaciones	4
F19.10	Abuso de otra sustancia psicoactiva, sin complicaciones	4
F19.20	Dependencia de otra sustancia psicoactiva, sin complicaciones	4
F19.21	Dependencia de otra sustancia psicoactiva, en remisión	4
F19.939	Consumo de otra sustancia psicoactiva no especificado, con abstinencia no especificada	20
F19.951	Consumo de otra sustancia psicoactiva no especificado, con trastorno psicótico con alucinaciones inducido por sustancias psicoactivas	90
F19.99	Consumo de otra sustancia psicoactiva no especificado, con trastorno no especificado inducido por sustancias psicoactivas	30
F20	Esquizofrenia	90
F20.0	Esquizofrenia paranoide	90

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
F20.1	Esquizofrenia desorganizada	90
F20.2	Esquizofrenia catatónica	90
F20.5	Esquizofrenia residual	90
F20.6	Esquizofrenia simple	90
F20.8	Otro tipo de esquizofrenia	90
F20.89	Otros tipos de esquizofrenia	90
F20.9	Esquizofrenia, no especificada	90
F22	Trastornos delirantes	90
F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia	90
F23.9	Trastorno psicótico agudo sin especificación	90
F25.9	Trastorno esquizoafectivo, no especificado	90
F28	Otros trastornos psicóticos no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocidas	90
F29	Psicosis no especificada no debidas a sustancia o afección fisiológica conocida	90
F30.1	Episodio maníaco sin síntomas psicóticos, no especificado	60
F31.10	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco, sin síntomas psicóticos, no especificado	60
F31.2	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco, con síntomas psicóticos, grave	90
F31.30	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada, no especificado	60
F31.60	Trastorno bipolar, episodio actual mixto, no especificado	90
F31.64	Trastorno bipolar, episodio actual mixto, grave, con síntomas psicóticos	120
F31.9	Trastorno bipolar sin especificación	60
F32.0	Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve	30
F32.1	Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado	60
F32.2	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos	90
F32.3	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos	120
F32.8	Otros episodios depresivos	45
F32.9	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado	60
F33.0	Trastorno depresivo mayor, recurrente, leve	45
F33.1	Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado	60
F33.2	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos	90
F33.3	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos	120
F33.41	Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión parcial	45
F33.9	Trastorno depresivo mayor, recurrente, no especificado	90
F34.0	Trastorno ciclotímico	60
F34.1	Trastorno distímico	45
F40.01	Agorafobia con trastorno de pánico	45
F40.02	Agorafobia sin trastorno de pánico	45
F40.10	Fobia social, no especificada	45
F40.2	Fobia específica	45
F40.8	Otros trastornos de ansiedad fóbica	45
F40.9	Trastorno de ansiedad fóbica, no especificado	45
F41.0	Trastorno de pánico [ansiedad episódica paroxística] sin agorafobia	45

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	30
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados	30
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado	30
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo	60
F43.0	Reacción aguda de estrés	15
F43.10	Trastorno por estrés postraumático, no especificado	90
F43.20	Trastorno adaptativo, no especificado	15
F43.21	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	15
F43.22	Trastorno adaptativo con ansiedad	15
F43.23	Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión	15
F43.24	Trastorno adaptativo con alteración de conducta	15
F43.25	Trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y conducta	15
F43.29	Trastorno adaptativo con otros síntomas	15
F43.8	Otras reacciones a estrés grave	30
F44.4	Trastorno de conversión con síntoma o déficit motor	60
F44.9	Trastorno disociativo y de conversión, no especificado	60
F45.0	Trastorno de somatización	45
F45.21	Hipocondría	45
F45.41	Trastorno doloroso exclusivamente relacionado con factores psicológicos	45
F45.8	Otros trastornos somatomorfos	45
F48.0	Neurastenia	45
F48.8	Otros trastornos mentales no psicóticos especificados	4
F48.9	Trastorno mental no psicótico, no especificado	4
F50.00	Anorexia nerviosa, no especificada	60
F50.2	Bulimia nerviosa	60
F50.8	Otros trastornos de alimentación	60
F51.01	Insomnio primario	30
F51.02	Insomnio de ajuste	4
F51.11	Hipersomnia primaria	30
F51.9	Trastorno del sueño no especificado, no debido a sustancia ni afección fisiológica conocida	4
F54	Factores psicológicos y de comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas bajo otro concepto	4
F60	Trastornos específicos de la personalidad	60
F60.0	Trastorno de personalidad paranoide	60
F60.1	Trastorno esquizoide de personalidad	60
F60.4	Trastorno de personalidad histriónica	60
F60.5	Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo	60
F60.89	Otros tipos de trastornos específicos de personalidad	60
F63.9	Trastorno de los impulsos, no especificado	60
F70	Discapacidad intelectual leve	30
F71	Discapacidad intelectual moderada	30
F79	Discapacidad intelectual no especificada	30
F91.8	Otros trastornos de conducta	20

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación en la infancia	7
F93.9	Trastorno emocional infantil no especificado	30
F95.9	Trastorno de tics, no especificado	30

A estas tablas se deben de aplicar factores de corrección por sexo, edad, ocupación y comorbilidad.