

## **A vueltas con el aseguramiento sanitario privado\***

**Guillem López Casasnovas<sup>1,2</sup> y Marc Saez<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> CRES, Universitat Pompeu Fabra

<sup>2</sup> Departamento de Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra

<sup>3</sup> Grup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut (GRECS), Universitat de Girona

Probablemente los temas del aseguramiento sanitario privado son los peor comprendidos y analizados en la economía de la salud de nuestro país. Estamos tan abocados a lo que tenemos que resulta difícil recuperar perspectiva para analizar lo que podría ser y no es. No en vano se suelen entender poco las implicaciones del teorema de Rothschild-Stiglitz sobre la superioridad paretiana de un sistema de aseguramiento público. Se ignora a menudo que el acuerdo unánime (por tanto, estructural, normativo, sin dependencia paretiana potencial o compensatoria, sin necesidad de argumentos ideológicos coyunturales, etc.) a favor de una prima única comunitaria, un pool básico de contingencias obligatoriamente protegido, se fundamenta precisamente en la necesidad, y no ausencia, de un aseguramiento complementario privado. Sin éste no hay Pareto superioridad, ya que es lo que determina, por encima del seguro obligatorio, el equilibrio separador en el que ambas partes (los buenos y malos riesgos poblacionales) mejoran su bienestar a la vez. El alcance del componente obligatorio, depende del peso de la población de riesgos altos en la población total, lo que suele determinar una cobertura pública mínimo básica.

A la prima única resultante, está claro que los buenos riesgos subvencionan a los malos, dado que pagan más que lo que les correspondería por una prima actuarialmente justa específica para ellos. Pero éste es un subsidio que desean pagar para conseguir privadamente, a partir de dicho nivel básico, el aseguramiento al que de otro modo no podrían acceder (ya que los malos riesgos depredarían su oferta). Esta ganancia resulta particularmente importante en función del valor que los ciudadanos otorguen al aseguramiento, ya por sus efectos renta de mayor acceso a prestaciones y por tanto en la maximización de utilidades condicionadas a la aparición de la contingencia de salud, de la que derivar la función de demanda (nuevas teorías de Nyman), ya a la vista de su aversión al riesgo, vista la concavidad de sus funciones de utilidad (teoría convencional del seguro). Por tanto, del teorema mencionado, se deriva un seguro público coactivo básico y no omnicomprehensivo, necesitado de un seguro privado complementario importante, con primas privadas adicionales a la pública (ésta sí común a ambos grupos de riesgo) y sin que

---

\* Este trabajo, enmarcado en el proyecto 'La dinámica del estado de salud y los factores socioeconómicos a lo largo del ciclo vital. Implicaciones para las políticas públicas', Fundación BBVA, ha recibido financiación adicional del proyecto 115/28/2000 de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM), Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya.

exista justificación inicial para su prestación en especie a través del entramado público burocrático. El 'vale' y la concertación son instrumentos compatibles con el equilibrio propuesto, y la 'gratuidad' (nada es gratuito) es compatible con fórmulas de transferencias de renta (más altas para los colectivos más necesitados, si se desea), no substituyendo completamente la capacidad de pago. El objetivo es que la prima no dependa del riesgo poblacional para el tramo de aseguramiento público obligatorio, pero sí quizás de la renta o de la disponibilidad a pagar, que en caso de sesgarse a favor de uno u otro colectivo (riesgos altos concentrados en los pobres), requeriría garantizar su capacidad de pago a través de transferencias públicas, selectivas para dicho colectivo.

Como destacó ya en su día Culyer (1967), para derivar la superioridad de la prestación en especie (típica de los NHS) versus la monetaria (más propia de los sistemas de aseguramiento social), hace falta argumentar algo más acerca de la naturaleza de las funciones de utilidad de ambos colectivos, su interdependencia (ya por altruismo o por puro egoísmo de uno que requiere el nivel de utilidad del otro como argumento en su propia función de utilidad), y el modo en que se puede asegurar mejor el acceso (o consumo) de dicho bien de mérito entre las partes.

Más allá de la teoría, los desarrollos argumentales sobre aseguramiento sanitario aparecen a menudo desde los ámbitos de la política sanitaria, teñidos de prejuicios políticos: qué debe garantizarse públicamente, con qué criterios de inclusión, qué conviene dejar a la responsabilidad privada, con qué nivel de regulación que regulación, qué nivel de compatibilidad profesional exigir entre lo público y lo privado; cómo integrar la cobertura privada cuando la pública se transfiere en el ejercicio de su gestión también al aseguramiento o proveedor privado (conveniado públicamente).

Suele preocupar también la equidad de lo que se adquiriera privadamente a través de dicho seguro: prestaciones complementarias a lo que el sector público no ofrece, servicios acaso duplicados, con distintos componentes asistenciales... En definitiva, quién compra aseguramiento privado; por qué lo hace: A alguien con cobertura sanitaria pública suficientemente extensiva, ¿por qué le puede interesar asegurarse doblemente por determinadas prestaciones sanitarias? ¿Entre dichos asegurados, encontramos los más ricos o los relativamente más enfermos, o que se identifican mayormente como tales por autopercepción más que por condición objetiva, los más hipocondríacos, los más adversos a las consecuencias de la enfermedad?.

Temas todos ellos relevantes en el campo de la política sanitaria y que se traducen en las valoraciones que podamos hacer después sobre la equidad de acceso y consumo de los servicios sanitarios (ya sean públicos, privados o ambos a la vez). Así, los condicionantes derivados del aseguramiento, ya sea complementario (a la Rotschild-Stiglitz –por ejemplo en nuestro país con las incipientes pólizas de salud buco dental), o como cobertura duplicada –

ofertadas públicamente pero substituidas por prestación privada de mayor calidad percibida en alguno de sus diferentes aspectos-, coloca sobre la mesa cuestiones tales como a) ¿por qué razón ciudadanos con problemas de salud similares difieren en la utilización que realizan de los servicios médicos?; b) ¿Qué costes o barreras de acceso interfieren y cómo incide ello en la equidad de los sistemas públicos y en el control del gasto?; c) ¿Deberíamos subvencionar la compra de seguro sanitario privado?. ¿Cómo varía su opinión de acuerdo con la constatación de, (i) que los que se han de asegurar privadamente por requerir una utilización más elevada (al tener peor salud) son los pobres; (ii) que dicha cobertura privada ahorra utilización de otro modo pública de los más pudientes, que así evitan el sistema público o (iii) que la doble cobertura no sustituye efectivamente utilización ‘necesaria’, sino simplemente genera muchas más visitas consideradas ‘innecesarias’ (resultantes del ‘abuso moral’). En definitiva, ¿se debe el mayor porcentaje de visitas observado a que dichos suscriptores están más enfermos o simplemente a que, dado que están ‘más asegurados’ y sobre-consumen en exceso?.

### **Cuestiones claves para el análisis empírico**

El tema clave en la aproximación empírica adoptada a las anteriores respuestas tiene que ver con la supuesta exogeneidad o endogeneidad de la decisión de compra de seguro sanitario (resultado a su vez de una potencial mayor demanda, ya sea por una mayor ‘necesidad’ (peor estado de salud), por una mayor oferta privada de servicios, ya sea por el efecto de una renta más elevada y una mayor disposición por todo ello a pagar por determinados servicios prestados privadamente, o por los costes de espera diferenciales entre prestación pública y privada.

Algunos trabajos (Marcos Vera, 1999) apuntan que para Catalunya (Encuesta de Salud de 1994), los ciudadanos que se aseguran doblemente son los que sufren peor condición de salud. Este es el caso al menos de los cabezas de familia, que son quienes inducen, previsiblemente, la suscripción de la póliza para el conjunto de la familia. Sin embargo, para estos últimos, sí parece que la doble cobertura incentiva una mayor utilización innecesaria de los servicios, aunque ello no puede considerarse totalmente resultado del abuso moral (sobreconsumo, dada la cobertura adicional). En efecto, los cabezas de familia, suscritores iniciales de las pólizas, *ceteris paribus*, parecen situarse en el segmento de peor salud relativa, de modo que de no considerar dicho factor estaremos sesgando al alza el impacto del aseguramiento sobre la utilización, generando la falsa impresión de que dicho seguro genera un exceso de consumo. Si esto es así, las aseguradoras privadas cubrirían este segmento de ‘malos’ y no de ‘buenos’ riesgos, contrariamente a lo que a menudo se prejuzga.

El tema tiene además interés a la vista de los cambios introducidos en la fiscalidad de nuestros seguros sanitarios. En efecto, como es sabido, el nuevo IRPF (Ley 40/1998) ha introducido la posibilidad de considerar rentas en especie, exentas de tributar, pero sí susceptibles de ser computadas como gasto

en el impuesto de sociedades, las primas o cuotas satisfechas, hasta un máximo predeterminado., por cobertura sanitaria a entidades aseguradoras. Dicha política resulta coherente con la investigación aquí comentada, en el sentido de que si se extiende el sistema de asegurarse a través de las empresas, se relaja el efecto que comporta la suscripción privada, preferentemente hoy de 'malos riesgos'. De este modo pueden acceder al seguro privado ciudadanos que individualmente no lo comprarían, al tratarse de 'buenos riesgos', pero sí lo pueden hacer de forma colectiva al resultar más económica su suscripción.

### **La preocupación por la equidad del acceso al aseguramiento sanitario privado**

¿Debiera un criterio determinado de equidad justificar que las primas privadas complementarias (engarzadas las prestaciones públicas con las privadas atendiendo a sus diferentes ratios coste- efectividad y componentes de calidad incorporadas) fueran reguladas públicamente, de modo que pudieran diferenciarse por distintos grupos poblacionales (edad/ género) pero no por características individuales de riesgo sanitario dentro de cada cohorte<sup>1</sup>?. Si el aseguramiento privado duplica cobertura pública y como tal genera sobre consumo innecesario (*moral hazard*) en niveles particularmente altos de renta, por qué debiéramos preocuparnos por incentivar dicho aseguramiento, compensando de otro modo la menor capacidad de algunos grupos de comprar dicho tipo de cobertura? Es separable el mostrar buenos niveles de salud con el hecho de una mayor utilización sanitaria, ni que sea derivada del *moral hazard* procedente del aseguramiento privado (más utilidad percibida aunque no efectividad clínica)? No debiera de ponerse más el énfasis en cómo se utilizan los dispositivos asistenciales públicos y cómo se compatibiliza el ejercicio profesional, cuando ambas prácticas coexisten en un sistema sanitario, y mucho menos en las supuestas inequidades que provoca una utilización innecesaria o que valora componentes de calidad no objetivables, por muy ligada a la renta que esté?. Si realmente dicha utilización privada sustituye ni que sea en parte (incluso sólo la innecesaria) utilización pública, no debiera de juzgarse positivo dicho ahorro para un sistema sanitario público en insuficiencia financiera permanente? ¿Cabría pensar incluso en su subsidiación, si pensamos que no toda la utilización que añade la cobertura privada es innecesaria, y que contiene por tanto elementos de mérito público dicho componente de gasto privado? Si los mayormente asegurados son los ciudadanos de renta elevada, y todo lo demás igual (condición de salud) éste es más consumidor de servicios (por su mayor educación o facilidad de acceso al sistema sanitario público), puede valorarse que esté 'copago' es beneficioso para descargar utilización del sistema público de una manera tendencialmente progresiva (afecta menos a los más pobres)? No podría considerarse positiva la capacidad de compra del aseguramiento privado sobre parte del dispositivo asistencial público que al

---

<sup>1</sup> Como hacen, en general, los reguladores holandeses con sus aseguradoras que compatibilizan de este modo la gestión del paquete público de prestaciones con el privado previamente asegurado?.

menos en este tramo se viera obligado a competir, ofertando servicios, ajustando calidades, fuera del monopolio/ monopsonio público de provisión?

Torturar los datos no es buena prescripción. En nuestra encuesta de presupuestos familiares, tenemos indicaciones de gasto, pero son decisiones del cabeza de familia (en nombre de todos, beneficiarios normalmente de las pólizas) y ni de éste ni de su familia nada sabemos de sus condiciones de salud. Utilizar para ello subrogados tipo edad y género, cuando sabemos de la simple observación poblacional una pirámide menos envejecida en el aseguramiento privado, no deja dudas de que la variable explicativa edad (como reflejo de más necesidad) determinará la conclusión de que se aseguran privadamente más los 'sanos'. Si un ciudadano se asegura para mejorar su acceso al médico especialista, qué sentido tiene derivar como forma de moral hazard los asegurados privadamente (a conveniencia ahora como variable explicativa), explica un mayor número de visitas al especialista?. Considerar que todo los Mufaces en aseguradora privada tienen cobertura tan sólo substitutiva supone ignorar la realidad. Como es imposible comparar entre situaciones de aseguramiento complementario de prestaciones concurrentes o no con las públicas. Finalmente y más problemático: se puede interpretar que la 'no compra' de aseguramiento privado por parte de algunos colectivos abre una parte a la inequidad que debiera preocupar a la política pública?. Debiéramos reforzar en las actuales circunstancias la capacidad de pago de los que no acceden a dicha forma de aseguramiento (o más aún, no la priorizan) a través de transferencias o gastos fiscales para que sí accedan?. Es acaso lógico que ante un déficit observado, por ejemplo de visitas a especialistas, todo lo demás igual, entre un asegurado sólo públicamente y otro que lo complementa privadamente, el estado compense el diferencial incentivando desde lo público el incremento de consumo especializado? ¿Aunque sea 'innecesario'? ¿Aunque no lo haya priorizado en su cesta de gasto?. ¿Qué criterio postulamos de justicia social para favorecer una igualación de capacidades de gasto indiscriminadamente entre distintos servicios sanitarios, redistribuyendo renta? ¿Puede ser la renta elemento de estandarización de 'necesidad' (como se hace en el conocido ECuity Project y juzgar después las diferencias en los índices de contratación entre renta y utilización estandarizada por necesidad (inclusive de la propia renta)?.

'Tortura' similar de métodos puede observarse en las aproximaciones paramétricas y semi paramétricas al uso. Entre otras, la escasa potencia de los contrastes de endogeneidad, en particular en estimaciones con datos de panel, la falta de estimación de modelos simultáneos estructurales (más que sus simples formas reducidas), la falta de un control completo de la heterogeneidad individual no observada, el tamaño reducido de las muestras utilizadas o el necesario diseño observacional de los estudios, limita las inferencias que de ellos puedan ser derivadas (Saez, 2003).

### **Algunas observaciones nuevas de una base de datos particular**

Algunos de las cuestiones anteriores no siempre encuentran una resolución empírica fácil a la vista de los datos empíricos disponibles para la contrastación de hipótesis. Por ejemplo, en nuestro país, en las encuestas de gasto no hay caracterización posible de las condiciones de salud de las unidades familiares, lo que obliga a subrogarlas con factores que son arte y parte de ‘necesidad’ y de ‘utilización a la vez (edad, género), con lo que en las hipótesis determinamos los resultados, o el tener que referir la decisión de gasto (privado y/o cuando es separable, de compra de seguro –dada la distinta racionalidad que tiene el pago directo al consumo que el prepago del aseguramiento) al cabeza de la unidad familiar, ignorando por tanto la composición familiar y distintos aspectos de necesidad sanitaria de sus beneficiarios. O la utilización del gasto en adicciones sobre el tabaco como nivel de deterioro de salud, cuando posiblemente el tabaco más caro es menos perjudicial, etc. Así mismo, muy a menudo en los modelos de doble valla (acceder o no, y una vez se accede, cuanto se consume), se consolidan diferentes estados de salud en unas pocas agrupaciones (‘mala’ y ‘muy mala’, ‘buena’ y ‘bastante’ como un todo) sin que la métrica de las respuestas resulte clara ni proceda un análisis de sensibilidad al respecto. De modo similar a veces resulta difícil para los encuestados separar de la utilización (a 15 días o a 12 meses vista) entre médico generalista y de especializada, entre médico en atención pública o privada. Por todo ello optamos en ofrecer al lector los resultados de una muestra específica de utilización que permite un mayor conocimiento de la utilización de servicios sanitarios y de caracterización de la población (renta, estilo de vida, condiciones mórbidas) aunque confinada a la Región Sanitaria Girona<sup>2</sup>.

Como es sabido, el sistema de salud catalán está caracterizado por una separación entre la provisión de los servicios sanitarios, por un lado, y su financiación por otro (Ponsà et al., 2003). Mientras la financiación es totalmente pública, los proveedores (en el caso de los servicios sanitarios de atención primaria denominados ‘Equipos de Atención Primaria’, EAP) pueden ser tanto públicos (90,4% de los EAPs) como privados (9,6%). Entre los proveedores públicos el Instituto Catalán de la Salud (ICS) es el más importante (78% de todos los EAPs). En la Región Sanitaria Girona la importancia del ICS es relativamente menor, 70,8% de todos los EAPs (Región Sanitaria Girona, 2000). Cada EAP es un equipo multidisciplinario de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que gestiona un Área Básica de Salud (ABS), una división territorial de la Región de Salud. Todos los residentes en la zona cubierta por la ABS son asignados al EAP responsable de la ABS correspondiente (Ponsà et al., 2003).

En nuestro estudio (Saez et al., 2004) participaron 13 ABSs de la Región Sanitaria Girona gestionadas por el ICS (de un total de 28 en toda la Región).

---

<sup>2</sup> La Región Sanitaria Girona se corresponde, con la excepción de la comarca de la Cerdanya, con la provincia de Girona.

Esto representó el 37,2% de la población de la provincial (47,1% de la población cubierta por el ICS), 36,8% hombres (46,6%) y 37,7% mujeres (47,7%).

Utilizamos una muestra aleatoria extraída de la población asignada a las 13 ABSs del proyecto. Específicamente, calculamos en primer lugar el tamaño muestral para cada ABS de forma proporcional a su población asignada. Después, extrajimos una muestra aleatoria estratificada con estratos definidos por el sexo y por grupos de edad (5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, y mayores de 84 años). En resumen, inicialmente planeamos 978 entrevistas (471 hombres, 508 mujeres) y el mismo número de sustitutos (aparejados por sexo y grupo de edad). Después de depurar la muestra (debido a no respuestas imposibles de sustituir, cambios de dirección, respuestas incoherentes, etc.) nos quedamos finalmente con 734 encuestas válidas (45,4% correspondieron a hombres y 54,6% a mujeres). El 38% fueron sustitutos, principalmente debido al rechazo (46,2%) o la imposibilidad de encontrar al individuo de la lista principal (43,6%).

Cada encuesta consistió en un cuestionario y en la medición de un conjunto de variables de salud (peso, altura, presión sanguínea sistólica y diastólica). El cuestionario se estructuró en siete partes independientes: utilización de servicios sanitarios; datos socioeconómicos; información general sobre hábitos de salud (dieta, tabaco); actividad física (voluntaria e involuntaria); y cuestiones específicas para individuos obesos y con sobrepeso.

El principal análisis estadístico realizado en este trabajo consistió en la estimación de regresiones logísticas, en los que la variable dependiente era dicotómica (1 respuesta afirmativa a la pregunta formulada, 0 otro caso), las variables explicativas las comentadas en su caso, controlando en cualquier caso por sexo y edad.

### **Algunas observaciones remarcables**

Las diferencias en renta, a igualdad de edad y sexo, predicen la compra de un seguro sanitario privado. En particular, la probabilidad de contratar un seguro sanitario privado es más de tres veces mayor cuando un individuo tiene una renta familiar neta mayor de 1.500 € al mes, que en otro caso.

A igualdad de edad, sexo y nivel de ingresos, ciertas condiciones crónicas de salud, en particular la presencia artrosis y la condición de ex fumador, aumentan la probabilidad de comprar un seguro sanitario privado (la probabilidad es el doble en el caso de la artrosis y un 70% en el caso de los ex fumadores). No es este el caso de otras condiciones crónicas, ciertamente prevalentes, como la diabetes mellitus (tipo II), la hipertensión, la dislipemia o las enfermedades cardíacas o circulatorias (entre otras).

Cuando se consideran únicamente aquellos individuos que contrataron un seguro sanitario privado, siempre a igualdad de edad, sexo y nivel de ingresos, se comprueba que ello no afecta a la utilización de servicios sanitarios: todos los individuos muestran la misma probabilidad de visitar un profesional sanitario, bien sea de atención primaria, bien especializada, ya se trate de un profesional público o de uno privado. Esta probabilidad, sin embargo, depende de la condición de salud que presente el individuo.

En este sentido, cuando se consideran únicamente aquellos individuos que contrataron un seguro sanitario privado, a igualdad de edad, sexo y nivel de ingresos, los individuos que presentan un problema de salud agudo (no crónico) tienen más probabilidad de visitar un profesional de atención primaria público (cerca del 80% más), que en otro caso (que no presentasen un problema de salud agudo).

Por otra parte, por lo que se refiere a los problemas crónicos de salud, cuando se consideran únicamente aquellos individuos que contrataron un seguro sanitario privado, a igualdad de edad, sexo y nivel de ingresos, los individuos con depresión tienen más probabilidad de visitar un especialista (90% más en el caso de las mujeres y 80% más en el caso de los hombres), que en otro caso (que no tuviesen depresión).

Es interesante señalar que es más probable que se trate de un especialista del sistema público si se trata de la primera visita (con una probabilidad del 70%) y de un especialista privado si se trata de una visita que no sea la primera (con una probabilidad del 57%).

## Referencias

Ponsà JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa C, Olivet M, Violan C. La reforma de l'atenció primària (en Catalán). *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2003; 37:8-15.

Regió Sanitària Girona. Pla de Salut de la Regió Sanitària Girona, 1999-2001 (en Catalán). Girona: Regió Sanitària Girona, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2000.

Saez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17(5):412-419.

Saez M, Saurina C, Coenders G, González-Raya S. Use of primary health care services according to the different degrees of obesity in the Girona Health Region, Spain. *Grup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut, GRECS, Universitat de Girona*, 2004.

Vera AM. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics* 1999; 8(7):579-598.