
Políticas públicas y regulación de los seguros sanitarios

(Public policies and regulation of private health insurance)

Hace más de dos siglos, Adam Smith invocaba la mano invisible que guiaba los mercados, aquella que permitía que las personas, en busca de su propio interés y con el libre intercambio de bienes y servicios en el mercado, consiguieran un mayor bienestar para todos. Este paradigma ha evolucionado lo suficiente como para convencernos de que, para que esto suceda, se requieren unas condiciones que en su mayoría no están presentes. Citemos tan sólo aquí el problema de la información incompleta de oferentes y demandantes en el mercado, un referente de interés inmediato para el sector de los seguros sanitarios.

Para algunos, en la actualidad, es la mano visible de los gobiernos la que modela los mercados. Los papeles se habrían invertido. Los gobiernos, dotados de capacidad regulatoria amplia, son capaces de influir en el tamaño y el funcionamiento de los mercados. Este hecho no debería preocuparnos si el papel de los gobiernos se centrara en corregir o limitar el impacto negativo de los mercados no competitivos. Sin embargo, en nuestros días, el ámbito de la actividad gubernamental sobrepasa en muchas ocasiones lo esperable, mientras que en otras no hay una actuación decidida para corregir disfunciones en los mercados.

En relación con el seguro privado de asistencia sanitaria, dos cuestiones sorprenden a más de un observador ajeno a nuestro entorno. La primera es el alcance de la doble cobertura, y la segunda, el papel que desempeñan las mutualidades de funcionarios. En relación con la doble cobertura, si consideramos que prácticamente la totalidad de la población está asegurada públicamente, ¿qué impulsa a un 12,5% de la población a la adquisición de un seguro? ¿Quién lo paga realmente?

Como resultado de los cambios en la fiscalidad, la proporción del seguro voluntario individual ha disminuido desde que se impulsó la contratación a través de empresas. El seguro colectivo a través de empresas alcanzó, en 2003, el 20% del total del seguro privado. Visto así, la previsión es que los aumentos netos en asegurados se producirán fundamentalmente en el seguro colectivo. Los incentivos fiscales son elevados y determinadas empresas consideran que conviene aprovecharlos. Sin embargo, no está al alcance de todas las empresas, ni de todos los empleados. Por ello, tampoco puede pensarse en una expansión indefinida. Ob-

viamente, esta evolución llevaría a preguntarse sobre el papel que los incentivos fiscales tienen en el mercado de los seguros. En la medida que potencian la cobertura colectiva, en lugar de la individual, puede considerarse que suponen una distorsión real. Las personas que recibirán las prestaciones no toman voluntariamente las decisiones de aseguramiento, sino que son fruto del contrato de trabajo. Además, ello da lugar a menor competencia en el mercado, en la medida que se sustituyen decisiones individuales por decisiones de las empresas. Así pues, el impacto que están teniendo los incentivos fiscales es notorio y están condicionando el desarrollo futuro del mercado.

La segunda cuestión es la referente a las mutualidades de funcionarios. A pesar de que a veces aparece catalogado como seguro privado, cabe decir que sus características difieren notoriamente. Se trata de un esquema de seguro público que introduce capacidad de elección entre operadores privados y públicos que reciben una prima para una cobertura. Es cierto que los operadores privados son compañías aseguradoras, pero actúan como contratistas que reciben una adjudicación en un concurso, y su actividad fundamental es ejercer la función de compra colectiva de servicios. El 5,2% de la población dispone de esta cobertura aseguradora obligatoria que, a su vez, permite capacidad de elección. Y precisamente a la hora de elegir, el 87% escoge un operador privado para la gestión de la cobertura aseguradora. Sorprendentemente, y pese a los años transcurridos bajo este esquema, todavía no hemos sido capaces de analizar qué aporta en el marco del Sistema Nacional de Salud.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se ha esforzado por tratar de presentar la evidencia que hay sobre la contribución del seguro privado en términos de acceso, calidad, coste y satisfacción¹. No procede aquí resumir la aportación realizada y, quizá, es mejor invitar a la lectura del documento. No obstante, sí cabe señalar que lo que este informe y el libro posterior² muestran es la limitada evidencia que hay sobre el impacto de los distintos modos de cobertura. Sus conclusiones se muestran más tentativas que fruto de la solidez de una investigación amplia. Algo similar a lo que ya sucedió en otro informe solicitado por la Unión Europea³.

En este número de GACETA SANITARIA se presentan dos trabajos sobre seguros sanitarios. El primero⁴ echa luz

sobre quienes disponen de seguro sanitario privado en Cataluña. Un mercado de especial interés, si tenemos en cuenta que la cuarta parte de la población está asegurada en este territorio. Sus resultados muestran que los perfiles de salud y los patrones de utilización de servicios son distintos, y cuantifica en qué grado lo son. Lo que mayor interés despierta es el grado de satisfacción, que es mejor valorado para la doble cobertura en relación con el trato profesional, el tiempo de espera y los trámites burocráticos.

El segundo trabajo⁵ se centra en enfatizar las implicaciones prácticas de determinadas políticas. Antes que otra cosa, los autores indican que «los temas de aseguramiento sanitario privado son los peor comprendidos y analizados en la economía de la salud en España». Seguramente no les falta razón, pero conviene profundizar en las causas de esta incompreensión. La primera de todas es la falta de series de datos fiables. Por ejemplo, en determinadas encuestas cuando hay información sobre salud no hay información sobre renta. La serie procedente de la Encuesta de Presupuestos Familiares cambió bruscamente y ahora sólo contiene datos relativos al cabeza de familia y su seguro sanitario. No es posible determinar el gasto fiscal que resulta de la consideración de prestación en especie del seguro sanitario. Sin datos fiables no habrá información, y sin ella no conseguiremos un análisis con fundamento.

La agenda de investigación en relación con el seguro sanitario es amplia. Cualquier persona que tome como referente las cuestiones presentes en el

documento de la OCDE citado y trate de responderlas se encontrará con vacíos importantes. Por otro lado, conviene entender mejor las implicaciones de determinadas políticas para establecer medidas de mejora. Hay pocas –o ninguna– dudas sobre la función del Gobierno al modelar el mercado en los seguros voluntarios de salud, por lo menos con su política fiscal actual. Donde hay mucha incertidumbre, al menos por ahora, es en la valoración del impacto de esta intervención.

Pere Ibern

Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. OECD Health Working Papers N0.15. Paris: OECD; 2004 [citado 16 Ene 2004]. Disponible en: <http://www.oecd.org/data-oecd/34/56/33698043.pdf>
2. OECD. Private health insurance in OECD countries. Paris: OECD; 2004.
3. Mossialos E, Thompson S. Voluntary health insurance in the European Union. Bruxelles: Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission; 2002 [citado 16 Ene 2004]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/vhi.pdf
4. Fusté J, Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? Gac Sanit. 2005;19:15-21.
5. López-Casasnovas G, Sáez M. A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. Gac Sanit. 2005;19:59-64.