



EDITORIAL

A propósito del aseguramiento sanitario privado

Private medical insurance

Vicente Ortún

Departamento de Economía y Empresa y Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

Disponible en Internet el 29 de junio de 2011

En España la cobertura sanitaria pública es prácticamente universal y no hace falta ayudar fiscalmente a suscribir un seguro privado a los ciudadanos más desfavorecidos. La cobertura voluntaria de seguros, duplicada y concurrente con la pública, abarca a 7,9 millones de ciudadanos¹, un 17% de la población aunque sólo represente un 7% del gasto sanitario total². A estos 7,9 millones hay que añadir 2 millones de funcionarios y beneficiarios, civiles y militares –MUFACE³, MUGEJU e ISFAS⁴– cuya cobertura obligatoria, financiada públicamente, es gestionada por las aseguradoras privadas. Los asegurados privados están bastante satisfechos con sus servicios de salud, que utilizan y aprecian, aunque un 7% de los que sin tener seguro han querido suscribirlo pero no les han admitido por problemas de salud y entre los asegurados algunos han visto su póliza no renovada o inasequible por un alza fuerte en la prima⁵.

Abordar el papel sanitario del seguro privado y cómo la política pública debe contemplarlo exige repasar el por qué del seguro obligatorio público. Imagine el lector que dicho aseguramiento no fuera obligatorio y que cada ciudadano debiera acudir en busca de cobertura a un mercado de aseguradoras. Si damos un valor 10 al hecho de estar asegurados y esperamos incurrir en un gasto de 90, contrataríamos seguros con una prima de 100 o inferior. Pero ello supone para la aseguradora una «selección adversa» de clientes pues aquellos que esperan tener un gasto por debajo de 90 no comprarían una póliza de 100. El asegurador hace cuentas y para cubrir las indemnizaciones de esos clientes «malos» así como sus gastos de *marketing* y administración, debe subir la prima a 200, pero entonces sólo la suscribirían quienes esperarían incurrir en un gasto de 190 (todavía más «malos»), y

de nuevo se tendría que subir la prima hasta un punto en que dejaría de existir mercado si no resultara rentable para la empresa asegurar al ciudadano que espera la mayor indemnización. Existen dos soluciones ante este problema descrito por Rothschild y Stiglitz⁶: la de que las propias aseguradoras impulsen pólizas colectivas o que el Estado imponga la obligatoriedad del aseguramiento. La póliza colectiva evita la concentración de malos riesgos pues sean empleados de Radiofónica o de la Temeridad de Petania cabe aproximar razonablemente sus incidencias previsibles de enfermedad a partir de cifras poblacionales...pero no todo el mundo trabaja para Radiofónica o vive en Petania... y empíricamente se sabe que esa minoría de ciudadanos no pertenecientes a Radiofónica o Petania alguna tienen una necesidad sanitaria muy por encima de su peso poblacional: no basta con elevar un 10% la prima de los trabajadores de Radiofónica o Petania. Hay que ir a la segunda solución: aseguramiento obligatorio.

Una persona cubierta públicamente suscribe una póliza privada porque le proporciona satisfacción y comodidad (le permite saltarse colas y no tener que entender el papel de filtro de la atención primaria), porque pertenece al grupo *wealthy_well_worried* e incluso por presentar una mayor necesidad sanitaria⁷.

Hasta 1998, el 15% de las primas pagadas a seguros privados desgravaban en el impuesto sobre la renta. La ley de reforma del IRPF de ese año eliminó dicha desgravación para las pólizas individuales y a cambio pasó a favorecer las pólizas colectivas, que dejaron de tener la consideración de salario en especie y de formar parte, por tanto, de la base imponible⁸. Algunos grupos políticos propugnan,

en la actualidad, la desgravación fiscal del seguro de salud. ¿Qué puede decirse, además de que se necesita más investigación, con lo poco que sabemos?

Sobre el aseguramiento privado concurrente (el actual):

- El trabajo más solvente realizado hasta la fecha, que simula con datos de Cataluña la reintroducción de la desgravación del 15%, encuentra que el «gasto fiscal» o pérdida de ingresos públicos derivada de la desgravación es mayor que el aumento de gasto sanitario público que produciría su ausencia⁹. El resultado se explica tanto por la poca sensibilidad de los compradores de seguros privados al aumento de precio —pérdida de desgravación— como por la utilización concurrente público-privada.
- La mayor rentabilidad que supondrá conocer la creciente información privada que sobre los individuos irá existiendo (genoma por ejemplo) previene contra el afán de lucro, sin ajustes, en el aseguramiento. Incentivar el seguro privado, individual o colectivamente, como realizó EE.UU. durante la segunda guerra mundial puede iniciar una senda de despilfarro e inequidad difícilmente reversible¹⁰.
- Actualmente estar asegurado voluntariamente en salud tiene dos fuentes de pago: a través de empresa e individual. La fiscalidad ha impulsado las pólizas colectivas hasta un tercio del total en la última década. Las consecuencias de tal regulación distorsionan el mercado porque llevan a una menor competencia final —en la medida que alguien decide por el trabajador sobre qué aseguradora tendrá— y además provocan subsidios cruzados, porque unos asegurados pagan por otros. Esto sucede ya que las pólizas colectivas pueden tener un coste de la mitad de la prima individual, lo que resulta anómalo teniendo en cuenta que las prestaciones y su coste son casi equivalentes¹¹.

Sobre un eventual aseguramiento privado complementario:

- Algunos servicios, tipo orquesta de cámara en la habitación o gastrobistrot, influyen claramente en la «utilidad» individual y podría ser objeto de pólizas complementarias a la obligatoria. Aplicar la lógica de un menor coste-efectividad tiene todo el sentido para establecer las prestaciones que no deberían figurar en una cartera pública de servicios. Pero, ¿por qué subvencionar fiscalmente servicios de bajo coste-efectividad?

- Cada vez más aumenta la conciencia de la inevitabilidad de una mayor integración de la atención en la que resulta, de nuevo, difícil establecer líneas de corte entre servicios básicos —financiados públicamente— y servicios complementarios —objeto de seguro voluntario.

En resumen, la desgravación fiscal del seguro voluntario de salud resulta difícil de sostener en la medida que existe un seguro obligatorio financiado públicamente, que la disminución del coste público que supone tener un seguro duplicado no es contrastable, y que además la desgravación distorsiona las decisiones individuales e introduce inequidad porque no todos tendrán acceso. Por otra parte el aseguramiento privado complementario tiene indicaciones claras, así como recorrido potencial, pero hay que dotarlo de contenido sanitario.

Bibliografía

1. ICEA. El Seguro de Salud. Estadística a Septiembre 2010. Informe n.º 1.182. Madrid: ICEA; 2010. p. 5.
2. García S, Abadía MB, Durán A, Hernández C, Bernal E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12:1–295. p. 81.
3. Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE). Memoria 2009 [consultado 12 Mar 2011]. Disponible en: http://www.mpt.es/muface/muface/memorias/common/memoriaweb_2009.pdf.
4. Instituto Social de las Fuerzas Armadas, (ISFAS). Memoria 2009 [consultado 12 Mar 2011]. Disponible en: http://www.mde.es/isfas/v1/es/ISFAS/memoria_2009.pdf.
5. Seguros de salud. Dinero y Derechos. 2011;123:6–11.
6. Rothschild M, Stiglitz J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Q J Econ*. 1976;90:629–49.
7. López-Casasnovas G, Sáez M. A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. *Gac Sanit*. 2005;19:59–64.
8. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. *Health Econ*. 2008;17:185–202.
9. López-Nicolás A, Vera-Hernández M. Are tax subsidies for private medical insurance self-financing? Evidence from a micro-simulation model. *J Health Econom*. 2008;27:1285–98.
10. Ibern P. Seguros sanitarios colectivos y desgravación fiscal. *Gac Sanit*. 1999;13:236–8.
11. Ibern P. El seguro voluntario de salud, en perspectiva. Cinco Días 21 Septiembre 2010 [consultado 12 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.cincodias.com/articulo/opinion/seguro-voluntario-salud-perspectiva/20100921cdscdiopi.4/>.