



# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## 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*

Recibido el 14 de marzo de 2011; aceptado el 15 de marzo 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 ciudadanos<sup>1</sup>, un 17% de la población aunque sólo represente un 7% del gasto sanitario total<sup>2</sup>. A estos 7,9 millones hay que añadir 2 millones de funcionarios y beneficiarios, civiles y militares –MUFACE<sup>3</sup>, MUGEJU e ISFAS<sup>4</sup>– 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 prima<sup>5</sup>.

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 Stiglitz<sup>6</sup>: 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 sanitaria<sup>7</sup>.

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 imponible<sup>8</sup>. Algunos grupos políticos propugnan,

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

66 Sobre el aseguramiento privado concurrente (el actual):

- 67 • El trabajo más solvente realizado hasta la fecha, que  
68 simula con datos de Cataluña la reintroducción de la  
69 desgravación del 15%, encuentra que el «gasto fiscal» o  
70 pérdida de ingresos públicos derivada de la desgravación  
71 es mayor que el aumento de gasto sanitario público que  
72 produciría su ausencia<sup>9</sup>. El resultado se explica tanto por  
73 la poca sensibilidad de los compradores de seguros pri-  
74 vados al aumento de precio –pérdida de desgravación–  
75 como por la utilización concurrente público-privada.
- 76 • La mayor rentabilidad que supondrá conocer la creciente  
77 información privada que sobre los individuos irá existi-  
78 endo (genoma por ejemplo) previene contra el afán  
79 de lucro, sin ajustes, en el aseguramiento. Incentivar el  
80 seguro privado, individual o colectivamente, como rea-  
81 lizó EE.UU. durante la segunda guerra mundial puede  
82 iniciar una senda de despilfarro e inequidad difícilmente  
83 reversible<sup>10</sup>.
- 84 • Actualmente estar asegurado voluntariamente en salud  
85 tiene dos fuentes de pago: a través de empresa e indi-  
86 vidual. La fiscalidad ha impulsado las pólizas colectivas  
87 hasta un tercio del total en la última década. Las conse-  
88 cuencias de tal regulación distorsionan el mercado porque  
89 llevan a una menor competencia final –en la medida  
90 que alguien decide por el trabajador sobre qué asegu-  
91 radora tendrá– y además provocan subsidios cruzados,  
92 porque unos asegurados pagan por otros. Esto sucede  
93 ya que las pólizas colectivas pueden tener un coste de  
94 la mitad de la prima individual, lo que resulta anómalo  
95 teniendo en cuenta que las prestaciones y su coste son  
96 casi equivalentes<sup>11</sup>.

97 Sobre un eventual aseguramiento privado complementa-  
98 rio:

- 99 • Algunos servicios, tipo orquesta de cámara en la habita-  
100 ción o gastrobistrot, influyen claramente en la «utilidad»  
101 individual y podría ser objeto de pólizas complemen-  
102 tarias a la obligatoria. Aplicar la lógica de un menor  
103 coste-efectividad tiene todo el sentido para establecer  
104 las prestaciones que no deberían figurar en una cartera  
105 pública de servicios. Pero, ¿por qué subvencionar fiscal-  
mente servicios de bajo coste-efectividad?

- Cada vez más aumenta la conciencia de la inevitabili-  
dad 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 volunta-  
rio 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 asegu-  
ramiento privado complementario tiene indicaciones claras,  
así como recorrido potencial, pero hay que dotarlo de con-  
tenido sanitario.

## Bibliografía

1. ICEA. El Seguro de Salud. Estadística a Septiembre 2010. Informe nº 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 [acceso de 12 de Marzo del 2011]. Disponible en: [http://www.mpt.es/muface/muface/memorias/common/memoriaweb\\_2009.pdf](http://www.mpt.es/muface/muface/memorias/common/memoriaweb_2009.pdf).
4. Instituto Social de las Fuerzas Armadas, (ISFAS). Memoria 2009. [http://www.mde.es/isfas/v1/es/ISFAS/memoria\\_2009.pdf](http://www.mde.es/isfas/v1/es/ISFAS/memoria_2009.pdf) Acceso de 12 de Marzo del 2011.
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 12/3/2011]. Disponible en: [http://www.cincodias.com/articulo/opinion/seguro-voluntario-salud-perspectiva/20100921cdscdiopi\\_4/](http://www.cincodias.com/articulo/opinion/seguro-voluntario-salud-perspectiva/20100921cdscdiopi_4/).