[podéis leer en el enlace la primera entrada de esta serie "Mitos de la sanidad privada (I): el gasto sanitario privado"]

Posiblemente uno de los aspectos más complejos de analizar y sobre los que posicionarse cuando uno plantea su modelo sanitario ideal es el de la interacción entre el sistema público de salud y la sanidad privada. En este ámbito hay un fenómeno que es muy intuitivo y por ello constituye una de las puntas de lanza fundamentales desde las empresas de aseguramiento sanitario privado a la hora de plantear los beneficios de que la mayor población posible tenga un seguro privado, no solo para la maximización de sus beneficios económicos, sino incluso para el sistema sanitario público.

En una entrevista a Juan Abarca Cidón, ex-secretario general de IDIS ("patronal" de la sanidad privada en España) y actual candidato a presidente del Colegio de Médicos de Madrid (de esto hablaremos en otro post, espero) éste decía lo siguiente [nuestro desglose de dicha entrevista se puede leer aquí]

¿Cuánto ahorra el seguro privado a la sanidad pública?

La siniestralidad media que tiene cada asegurado se la está ahorrando la pública, y eso son 631 euros. Por eso promovemos la desgravación fiscal para las rentas inferiores a los 30.000 euros. Cada vez que un paciente se da de alta en un seguro es una bendición para este país, porque ahorra recursos y permite adelantar un puesto en la lista de espera al que no tiene opción a elegir.

'Cada vez que un paciente se da de alta en un seguro es una bendición para este país'

"Cada vez que un paciente se da de alta en un seguro es una bendición para este país", frase

fundamentada en la idea de que cuando una persona se hace un seguro privado, el dinero gastado en ello es un dinero que la sanidad pública deja de gastar en pruebas, tratamientos, rehabilitaciones, consultas, etc y pasa a ahorrarlo. Por ello apoyan con fervor la desgravación fiscal de los seguros sanitarios privados, medida que hemos analizado en este blog y cuya regresividad tenemos meridianamente clara.

¿Es cierto que a la sanidad pública le beneficia que la gente se saque seguros sanitarios privados porque así van a consumir menos recursos públicos y van a desatascar listas de espera, consultas, pruebas diagnósticas...?

Pues la verdad es que no existe ningún dato que afirme eso (ni mucho menos que lo cuantifique), y sin embargo sí que existen algunos artículos que nos pueden ayudar a aclarar algunos conceptos aún a la espera de que se obtengan más datos que respondan a la difícil pregunta de "*¿cuál es la relación entre la contratación de seguros sanitarios privados, la salud de la población y el consumo de recursos en los sistemas públicos de salud?*":

- En un artículo publicado en la revista *Health Economics* en el año 2000, titulado "Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia" (Vera-Hernández, AM -resumen-) se comenta que con los adtos analizados procedentes de Cataluña se observó que las personas que tenían un doble aseguramiento tenían una tendencia a llevar a cabo un mayor consumo de recursos que quienes sólo tenían aseguramiento público. En este artículo, igualmente se comenta que las personas con doble aseguramiento, al menos los *cabeza-de-familia* de las familias con doble aseguramiento, presentaban un peor estado de salud, por lo que sería necesario tener en cuenta este peor estado de salud a la hora de considerar si el exceso de consumo de recursos está relacionado con una sobre-utilización de los servicios sanitarios (y por ende, no serían servicios que al realizarse por la vía privada se estuvieran "ahorrando" al sistema público, sino servicios innecesarios que no deberían ser prestados o que, al menos, no se prestarían en el caso de un aseguramiento simple).

- En un artículo de 2005, publicado en Gaceta Sanitaria bajo el título de "A vueltas con el aseguramiento sanitario privado" (López-Casasnovas G, Saez M -texto completo-) se hace un pequeño repaso a algunas consideraciones del aseguramiento privado, con unas conclusiones que uno podía barruntar a poco que conociera las opiniones habitualmente plasmadas en diversos medios por uno de sus autores... una de las cosas que se comentan en el artículo es la siguiente "*Es interesante señalar que es más probable que se consulte a un especialista del sistema público si se trata de la primera visita (con una probabilidad del 70%) y de un especialista privado si no es la primera visita (con una probabilidad del 57%)*" ... esto nos podría llevar a pensar que en casos de doble aseguramiento, la carga del diagnóstico se hace recaer sobre los servicios públicos de salud, mientras que para el seguimiento es mayor la probabilidad de acudir a la sanidad privada. Las repercusiones que esto puede tener a efectos de consumo de recursos serían muy interesantes de analizar (así como comparar la periodicidad de las consultas de revisión, así como su adecuación a lo que la evidencia publicada recomienda/prueba según la titularidad pública o privada del servicio sanitario utilizado).

- En el año 2004, la revista *Journal of Health Politics, Policy and Law* publicó el artículo "How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations" (Tuohy CH, Flood CM, Stabile M -texto completo-), donde se analizaban los efectos de la interacción entre sistemas públicos y privados de salud según fuera su grado de coexistencia en diferentes países de la OCDE. Al enunciar las conclusiones sobre los países que muestran coexistencia de sistemas públicos y privados -el caso de España, por ejemplo- dicen (traducimos al castellano): "*Los sistemas que permiten sistemas paralelos de financiación pública y privada hacen que aparezca la cuestión acerca de si la coexistencia del sistema privado puede reducir la presión sobre el sistema público. Nuestra revisión sufiere que esto no es así: las listas y tiempos de espera en el sector público son mayores en los*

> *países con sectores privados paralelos, tales como Reino Unido y Nueva Zelanda, con respecto a los países que muestran una interacción público-privada diferente. La coexistencia del sector privado puede, en realidad, detraer recursos del sector público, y/o poner en juego incentivos que pueden tener el efecto de incrementar las listas de espera en el sector público.Las listas de espera en los servicios financiados con dinero público son tendentes a responder a la entrada de financiación pública, no privada*", y además concluyen afirmando que en términos globales, la existencia de un sector con financiación privada es más probable que perjudique a que beneficie a los sistemas de financiación pública, aunque los efectos variarán según la forma de financiación privada.

En resumen, siendo conservadores en nuestras afirmaciones podemos decir que la manera en la que la adquisición de un seguro privado repercute en el consumo de recursos y en la financiación de la sanidad pública es, cuanto menos, compleja y está influida por factores que se escapan a la mera relación en la que el gasto sanitario público por habitante es ahorrado a las arcas públicas, como afirman los proveedores de sanidad privada (como ocurre en el informe de IDIS) al no consumir dicho asegurado ningún recurso público.

Habría otros ejes de análisis, más relacionados con la calidad de los servicios prestados, la equidad en el acceso al sistema o la orientación basada en el paciente/mercado/sistema que pueda tener un tipo de sanidad u otra... pero eso lo dejaremos para otros posts de esta serie... aunque eso será después del próximo post, en el que trataremos de responder a la pregunta de si es cierto que cuanto más recortes se hacen a la sanidad pública mejor le va a la sanidad privada.

[Nota al pie: existen más artículos al respecto del aseguramiento, pero hemos cogido los más directamente relacionados con la interacción entre lo público y lo privado. De todos modos irán saliendo más referencias a lo largo de la serie de posts.]

Etiquetas:
sanidad privada, sanidad pública, política sanitaria