

TEOTIMO SAEZ ZAZO

Secretario General de ADESLAS. Presidente de la Agrupación de Seguros de Enfermedad de UNESPA

## Sobre sanidad y aseguramiento

**H**ACE ya tiempo que para definir la función estatal relacionada con la atención sanitaria de los ciudadanos se habla de **aseguramiento único y público**, una expresión en sí misma discutible, porque el Estado no se comporta como un asegurador al que los ciudadanos pagan una prima a cambio de su cobertura, pues ¿cuál sería esa prima en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)?

El SNS enmarca una actividad del Estado financiada casi exclusivamente con impuestos, los mismos impuestos que también financian la defensa nacional, la construcción de carreteras y cualesquiera otros programas estatales nunca explicados en el marco de aseguramiento alguno.

Hablar de **aseguramiento único y público** acaso tuvo sentido cuando la asistencia sanitaria era una prestación estrictamente contributiva e incardinada en la Seguridad Social (SS), pero cada vez son más los españoles con derecho a esa prestación sin ser beneficiarios de la SS y, sobre todo, el peso de las cotizaciones a ella en la financiación del SNS es casi testimonial ahora y, en virtud del Pacto de Toledo, va a desaparecer por entero antes del año 2000.

Sólo puede hablarse, pues, de **aseguramiento único y público** en un sentido impropio, aludiendo a que el Estado, además de establecer el derecho del ciudadano a la asistencia sanitaria, se ocupa de la efectividad de ese derecho, para lo que asume la finan-

ciación de las prestaciones e incluso, en la mayor parte de los casos, proporciona los recursos que la realizan, actuando por ello simultáneamente en dos planos distintos y separables, el de la financiación y el de la provisión de los recursos.

La financiación pública de los cuidados de la salud es una garantía de solidaridad entre todos los ciudadanos ante esa necesidad, y por eso no me parece cuestionable. Entiendo, además, que en tanto se mantenga el papel del Estado dentro de ese plano, puede seguirse hablando de **aseguramiento único y público**, en el sentido apuntado. Más discutible es que el Estado continúe haciendo de proveedor sanitario casi exclusivo, porque podría preferirse otra cosa desde dos preocupaciones que parecen antitéticas y no lo son tanto, la de mejorar la satisfacción de los usuarios y la de frenar la evolución del gasto.

Las modificaciones que se introduzcan en la provisión de recursos, permitiendo ahí una mayor presencia del sector privado, no tienen por qué hacer mella en la solidaridad de los ciudadanos ante sus necesidades de salud o en la equidad de su acceso a las prestaciones. Si ambos objetivos sólo quedaran garantizados cuando, como en España, los recursos sanitarios son públicos, lo estarían en muy pocos países.

Tengo pocas dudas de que la progresiva introducción de proveedores privados, con posibilidad para el ciudadano de elegir entre ellos y el consi-

guiente fenómeno de competencia, aumentaría el grado de satisfacción de los usuarios del Sistema y la eficiencia de éste, con lo que también se moderaría la evolución de su coste. Sobre estos principios descansa el modelo sanitario de las Mutualidades de Funcionarios del Estado (conocido como **modelo MUFACE**, por el nombre de la mayor de ellas).

En este modelo es también el Estado quien establece a qué prestaciones sanitarias tiene derecho el ciudadano, financia su realización y controla su calidad, pero se puede elegir entre el propio Estado como proveedor y cualquiera de las Aseguradoras concertadas por la Mutualidad respectiva. Así que se mantiene el **aseguramiento único y público**, y también se demuestra que la presencia de la iniciativa privada es compatible con la solidaridad y la equidad: La calidad y cantidad de las prestaciones que el beneficiario de las Mutualidades recibe, y su acceso a los recursos sanitarios, no dependen de la particular capacidad económica del individuo o de su familia.

Los defensores a ultranza de la exclusividad del Estado como proveedor sanitario, toleran mal la persistencia a lo largo del tiempo de dos datos sumamente interesantes del **modelo MUFACE** (que pronto cumplirá veintidós años): El 86% de los titulares con capacidad de elegir lo hacen por Aseguradoras privadas, y el coste para el Estado de este modelo es muy inferior (al menos un 30%), a la fórmula

que tienen a su alcance los demás ciudadanos.

Es sorprendente que todavía ni siquiera estemos todos de acuerdo sobre la necesidad de detener el crecimiento del gasto sanitario público, cuyo ritmo de estos años sólo podrá mantenerse aumentando la presión fiscal o el déficit público, con incuestionables y graves efectos sobre la competitividad de nuestra economía y el cumplimiento de los objetivos de Maastrich. Aunque sólo fuera desde esa preocupación, sería evidente que la sanidad española requiere verdaderos cambios.

Soy consciente de que la introducción de esos cambios en nuestro SNS

encierra dificultades, sobre todo porque nos hemos dotado de tantos recursos sanitarios públicos que su mero mantenimiento condiciona algunas de las decisiones en teoría posibles (pero no todas, como acaba resultando). En función de esas limitaciones no sería viable, por ejemplo, una extensión rápida y absoluta del *modelo MUFACE*, lo que no debe confundirse con la imposibilidad de extensión alguna, en el plazo que sea y para acabar llegando a un escenario menos monolítico que el que hoy tenemos.

Porque de las dificultades del Estado para cambiar de carril, que son reales y comprensibles, no se desprende

que resulte inconveniente en sí mismo todo camino distinto del que la sanidad española ha seguido hasta ahora. Y una buena forma de actuar sobre los flujos de la demanda sanitaria, trasladando una parte de ella al sector privado para flexibilizar la situación en la que estamos, pasaría por otorgar un tratamiento fiscal más inteligente y generoso al Seguro de Enfermedad privado (al de siempre, al de los ciudadanos que, además de pagar la sanidad pública, suscriben una póliza privada y acaban teniendo una « doble cobertura »). La nueva regulación del I.R.P.F., que pronto conoceremos, sería buena ocasión para ello. ■



## III. CONGRESO PANAMERICANO DE ACTUARIOS

### I. CONGRESO COLOMBIANO DE ACTUARIOS

Del miércoles 29 de septiembre al viernes 1 de octubre de 1999, tendrá lugar en la ciudad de Cartagena de Indias, República de Colombia, el III Congreso Panamericano de Actuarios y el I Congreso Colombiano de Actuarios.

#### Los objetivos más importantes son:

- Estudiar los asuntos concernientes a los aspectos actuariales, tanto teóricos como prácticos, en las distintas áreas de desarrollo profesional con un especial énfasis en las de Seguridad Social.
- Fomentar el intercambio de conocimientos y opiniones entre los actuarios, a nivel panamericano.
- Promover el máximo nivel del ejercicio profesional.
- Difundir la actividad profesional del actuario a todas las profesiones relacionadas con este campo y en general promover la difusión dentro de la Sociedad.

#### Los precios de inscripción serán:

- Inscripciones recibidas antes del 31 de mayo de 1999, 180 \$ USA.
- Inscripciones recibidas del 1 de junio al 31 de agosto de 1999, 200 \$ USA

Para más información acerca del reglamento del congreso, así como del programa científico, deberán dirigirse a:

Víctor Raúl Sánchez Espitia (Presidente de la Asociación Colombiana de Actuarios)  
Carrera 16A # 86A-79 oficina 302; teléfonos (57-1) 6108200 y (57-1) 6104073, FAX (57-1) 6918095  
Apartado Aéreo 11216 Santafé de Bogotá D.C. Colombia  
E-mail: vsanchez@impsat.net.co