

REVISIÓN

El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas

M. Rodríguez

Centre de Recerca en Economia del Benestar. Universitat de Barcelona.

Correspondencia: Marisol Rodríguez. Centre de Recerca en Economia del Benestar. Parc Científic de Barcelona. Universitat de Barcelona. C/ Baldiri Reixac, 4-6. 08028 Barcelona. Correo electrónico: marisol@eco.ub.es

Recibido: 17 de abril de 2001*Aceptado:* 12 de noviembre de 2001**(The role of private insurance in public health care systems: conceptual framework and policies)****Resumen**

La composición del sistema sanitario, y en concreto el volumen y la forma de participación del sector público y el sector privado dentro del mismo, no es un tema cerrado. El trabajo realiza una puesta al día de los argumentos que justifican la intervención pública en sanidad, destacando en especial los fallos del mercado de seguros privados que aconsejan el aseguramiento universal obligatorio, pero haciendo hincapié en que ello no significa que el asegurador tenga que ser necesariamente el propio Estado.

Asimismo, se analizan las relaciones entre ambos sectores y las variables que determinan los niveles de gasto relativo en uno y otro sector. Siguiendo la bibliografía sobre provisión pública de bienes privados, se observa que en democracia dichos niveles vienen dados por las preferencias del votante medio, para quien el seguro privado suele actuar como complementario del seguro público. La diferencia de calidad entre los dos sectores, entendida ésta no estrictamente como calidad objetiva, es la variable clave que empuja a algunos individuos a comprar seguro privado adicionalmente al seguro público.

Finalmente, en el plano de las políticas, se concluye que la eficacia de las medidas de desgravación fiscal para el fomento de la compra de seguro sanitario privado no está firmemente establecida, y se argumenta que los modelos donde los seguros público y privado están totalmente separados o totalmente integrados son preferibles a los modelos intermedios, en los que ambos sectores aparecen combinados. La compra de servicios a cambio de un pago capitativo realizada por un agente informado parece mejor fórmula para la integración de ambos sectores que el sistema de vales.

Palabras clave: Seguro privado. Sector público-sector privado. Política sanitaria.

Summary

The structure of the health care system and specifically the type and amount of the public and private mix is not a closed issue. This article provides an update of the arguments that justify public intervention in health, and emphasizes the failures of the private insurance market that call for mandatory universal health insurance, although that does not necessarily mean that state has to be the insurer.

The relationship between both sectors and the variables determining the relative level of expenditure in both are also analyzed. Following the literature on the public provision of private goods, the level of expenditure in a democracy is seen to depend on the preferences of the median voter, where private insurance usually tops up public insurance. The key variable determining the decision to buy additional private insurance is the difference in quality, defined broadly, between both sectors.

Concerning policies, the appropriateness of fiscal incentives to promote the uptake of private insurance is discussed and it is concluded that there is no clear evidence of its suitability. Also, it is argued that models in which the public and private sectors appear totally segregated or totally integrated are preferable to intermediate models, in which both sectors appear combined. Medical coverage bought by an informed agent in exchange for a capitation payment seems a better way to integrate the private sector than through a system of vouchers.

Key words: Private insurance. Public-private sector mix. Health policy.

Nota editorial: Este artículo corresponde a un Informe Técnico encargado por la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud (AES) en el marco del vigente acuerdo de cooperación Gaceta Sanitaria-AES, que establece un proceso de revisión editorial por expertos independientes similar al aplicado al resto de manuscritos.

Motivación

El objetivo de este trabajo es contribuir al análisis del papel de los seguros sanitarios privados en el contexto actual de predominio de los sistemas sanitarios públicos. La discusión sobre este tema está presente a menudo en los debates sobre la política sanitaria, pero su tratamiento a veces adolece de rigor y formalización. El desconocimiento del fundamento económico que enmarca la relación entre el sector público y el privado en este ámbito hace que se den por sentadas algunas premisas sin ponerlas apenas en discusión, lo que limita y empobrece el debate.

Las razones por las que puede ser relevante realizar este ejercicio son diversas. En primer lugar, porque los sistemas sanitarios no son en absoluto entidades fijas y acabadas. Uno de los cambios más importantes experimentados en el último tercio del siglo xx fue el propio alcance del aseguramiento público. En efecto, la tasa de cobertura de la población de la Unión Europea (UE) se amplió de un 72,2% como media en 1960 a casi la totalidad (un 98%) en 1997, según datos de la OCDE¹. En España la cobertura aumentó de un 54% de la población a un 99,5% en ese mismo período. Por otro lado, la mayoría de los sistemas llevan experimentando reformas al menos desde hace 15 o 20 años (recuérdese, por ejemplo, que la reforma de la atención primaria en España se inició en 1984). De hecho, al tiempo que la cobertura pública se ha ampliado, en algunos países se tiende a conceder un mayor cometido al sector privado, mediante el intento de creación de mercados internos o la convergencia hacia formas organizativas híbridas².

En segundo lugar, tratar ahora este tema es relevante porque los nuevos desarrollos de la biología, la genética y la medicina anuncian fuertes cambios en la cantidad y, sobre todo, la naturaleza de los servicios sanitarios en un futuro no muy lejano, y ello ha dado lugar a una inquietud creciente de los estudiosos y los responsables políticos de la sanidad acerca de la capacidad del seguro público de asumir todas las prestaciones que esos avances tecnológicos auguran.

Finalmente, plantear la cuestión es pertinente porque la actitud hacia el sector público y su participación en la economía ha cambiado sensiblemente de un tiempo a esta parte. La consideración de lo que ha de ser público y lo que ha de ser privado está siendo objeto de revisión, y en la mayoría de los países se viene haciendo desde hace años un gran hincapié en la ortodoxia financiera del estado (eliminación de los déficit públicos) y en la exigencia de demostración de quién gasta mejor el dinero de los ciudadanos, el sector público o el privado. La cuestión no es sólo cuán

grande ha de ser el sector público, sino también qué actividades debe emprender y en qué forma debe emprenderlas.

El trabajo comienza poniendo al día los argumentos económicos para la intervención del sector público en la sanidad, destacando especialmente los fallos del mercado de seguros sanitarios privados, para a continuación intentar responder a la pregunta: ¿cuánto seguro público y, por ende, cuánto seguro privado? De ahí se deducen las fórmulas de relación que pueden guardar ambos sectores y, por último, se discuten varias políticas respecto del sector privado.

La intervención pública en sanidad

Para delimitar el espacio de los seguros privados, es preciso dejar sentados antes los contornos de la intervención pública. Una parte importante del gasto público en las economías de los países de la UE son transferencias monetarias a los individuos o familias (p. ej., pensiones), pero otra gran parte está constituida por bienes y servicios prestados por el Estado a precio cero o casi cero. Algunos tienen las características definitorias de los bienes públicos, pero hay otros muchos, como la educación, la sanidad, la mayoría de los bienes culturales o el transporte, que se pueden catalogar perfectamente como bienes privados.

Los bienes privados se caracterizan porque se puede excluir de su consumo a aquellos individuos que no quieran pagar por ellos y porque el coste de producir y consumir una unidad más es superior a cero. La definición de bien público en sentido estricto implica, por el contrario, que por las características técnicas de su producción no existe la posibilidad de excluir a nadie de su consumo aunque no quiera pagar por ello, y que el coste marginal de añadir un beneficiario o consumidor más es cero (no lo es, sin embargo, el coste marginal de producir esa unidad adicional). El ejemplo típico es el de la defensa nacional. No hay muchos ejemplos de bienes públicos puros en la sanidad, y los que existen están circunscritos al ámbito de la salud pública como, por ejemplo, la fluoración de las aguas. La mayor parte de los servicios sanitarios es, en esencia, bienes privados.

La provisión pública de bienes privados

¿Por qué interviene el Estado prestando socialmente bienes que en realidad son privados? Según un análisis normativo, toda intervención tendría que ser guiada por el criterio de maximización del bienestar social, que comporta la consecución conjunta de los objetivos de eficiencia y equidad. Por consiguiente, el Estado sólo

debería intervenir si con ello se lograra mejorar la posición alcanzada por el mercado dejado a sí mismo.

La superioridad del sector público en la consecución del objetivo de equidad o justicia social es clara. Cuando la decisión de cómo se distribuyen los servicios sanitarios entre la población se deja al mercado, el criterio fundamental en el que se basa esa distribución es el de la disponibilidad a pagar de los individuos, la cual, a su vez, está determinada en gran parte por su capacidad de pago. Puesto que la renta y la capacidad de pago están desigualmente distribuidas en una sociedad, la posibilidad de acceder a la atención sanitaria también sería desigual. Ahora bien, si creemos que todos los individuos son moralmente iguales y a todos se les ha de garantizar el derecho a preservar la vida y a obtener las «capacidades básicas» necesarias para desarrollar los planes de vida, entonces el acceso a los servicios de salud ha de ser independiente de la capacidad de pago³. Y sólo el Estado tiene poder de coacción para lograrlo.

Pero afirmar que ningún individuo debería quedar sin seguro sanitario, o sin acceso a la atención sanitaria, porque no pudiera pagarlo no implica necesariamente que tenga que ser el Estado el proveedor directo del seguro o de la atención sanitaria (tampoco implica que no lo tenga que ser). Una cuestión es el objetivo y otra el método para alcanzarlo. Si el problema fuera solamente de equidad y el mercado funcionara perfectamente, el acceso al seguro se podría resolver con facilidad mediante mecanismos de redistribución de renta, es decir, mediante transferencias monetarias a los individuos de renta más baja. Sin embargo, cuando el problema es que el mercado no es eficiente, las transferencias de dinero no constituyen el instrumento indicado, puesto que dejan intacto el funcionamiento del mercado. La intervención del Estado para paliar o eliminar la ineficiencia debe consistir entonces en alguna de las tres fórmulas siguientes o una combinación de ellas: la regulación, los impuestos y subsidios o la prestación gratuita «en especie» de los bienes y servicios correspondientes. Es importante remarcar que todas estas formas de intervención constituyen algo más que meros mecanismos de redistribución, ya que su función es alterar los patrones de consumo o producción que resultarían del mercado, aunque indudablemente también tienen efectos distributivos⁴.

Por tanto, desde el punto de vista económico, que un bien privado como la sanidad, además de financiarse socialmente, se provea públicamente se justifica por la existencia de fallos en el mercado que impedirían lograr la eficiencia. La eficiencia económica versa sobre cómo hacer el mejor uso posible de los recursos escasos que posee una sociedad, dadas las preferencias de los individuos que la componen. Es decir, atañe a la decisión de qué bienes producir y en qué cantidades. La definición universalmente aceptada es la de Pa-

reto, según la cual la cantidad óptima de cualquier bien o servicio es aquella para la que el valor social otorgado a la última unidad producida es igual al coste social de producirla. Para producciones superiores, dada la naturaleza decreciente de la utilidad, la valoración sería inferior al coste, medido por el beneficio perdido en caso de haber dedicado esos recursos adicionales a la producción de otra cosa.

Es ampliamente conocido que el funcionamiento del mercado sanitario dejado a sí mismo estaría plagado de fallos que obstaculizarían llegar a ese punto de eficiencia. En las versiones más recientes de los textos sobre este tema^{5,6} se pueden distinguir las siguientes categorías de fallos: a) la falta de competencia perfecta, b) la ausencia de mercados completos, c) la existencia de bienes públicos, rendimientos crecientes a escala y externalidades, y d) la falta de información perfecta, siendo estas últimas las que están cobrando más importancia en la bibliografía. Destaquemos, por otro lado, que algunos desarrollos recientes del concepto de eficiencia lo expanden a la noción de «eficiencia restringida» en situaciones de competencia imperfecta, la cual incorpora restricciones adicionales con objeto de capturar precisamente los fallos del mercado, sobre todo los derivados de los problemas de información⁷.

Los fallos del mercado en el caso de los seguros sanitarios privados

En el caso de los seguros sanitarios privados, un primer problema, ya destacado por Arrow en su artículo pionero de 1963⁸, considerado el primer análisis económico riguroso de la sanidad, es la ausencia de mercado para ciertos riesgos contra los que los individuos querrían asegurarse, pagando un precio por ello, pero no pueden hacerlo porque no encuentran oferta disponible. La oportunidad de desplazar los riesgos derivados de la enfermedad a terceros vale un precio que muchos estarían dispuestos a pagar —y otros individuos dispuestos a asumir a cambio de una compensación— pero en muchos casos, ya sea por las características tecnológicas intrínsecas que impiden la exigibilidad de un precio adecuado o por restricciones sociales o históricas, este intercambio no existe. (Piénsese, por ejemplo, en el mercado de órganos para trasplantes, prohibido en todas las legislaciones actuales, permitiéndose únicamente la donación.)

La existencia de externalidades es otro de los motivos habituales de intervención pública. En nuestro caso nos interesan especialmente las denominadas externalidades «filantrópicas» o de «empatía» (*caring externalities*), que se derivan no de algún beneficio o perjuicio directo, sino de la utilidad que reporta a un individuo ver que otros también consumen ciertos bienes que él considera que deberían consumir. Esto proporciona un

argumento importante a favor de la obligatoriedad de que todo el mundo tenga un seguro sanitario.

De todas maneras, los principales fallos en el funcionamiento del mercado de seguros sanitarios privados son consecuencia de la existencia de información imperfecta y asimétrica entre los contratantes. La asimetría de información, que se da tanto *ex ante* del contrato como *ex post*, es favorable al asegurado y desfavorable para la compañía aseguradora, y puede dar lugar a dos problemas distintos. Por una parte, el conocido en la bibliografía especializada como «riesgo moral» (*moral hazard*), o «abuso moral» que hace referencia a la variación del comportamiento de los individuos —haciéndolo más negligente y aumentando así la probabilidad de enfermar o aumentando el consumo por encima del que harían en caso de no estar asegurados— una vez realizado el contrato de seguro, sin que la compañía aseguradora pueda verificar fácilmente este cambio en el comportamiento *ex post*. La consecuencia lógica del abuso moral es un mayor gasto sanitario, que se traduce en mayores primas para todos. Desde el punto de vista de la sociedad, se trata de una pérdida de eficiencia o bienestar, ya que esos recursos de más dedicados a producir servicios sanitarios posiblemente tengan un valor inferior al de otras asignaciones alternativas de esos mismos recursos. Puesto que cuanto más asegurado está el individuo más incentivo tiene al abuso moral, una manera de poner freno a esta escalada consiste en vender seguros incompletos, por ejemplo, haciendo participar al usuario en el coste del servicio.

El segundo problema es el llamado de «selección adversa». Dado que la población está compuesta por individuos que tienen diferente riesgo y las compañías de seguros normalmente no tienen posibilidad *ex ante* de conocerlo, la prima de seguro tenderá a reflejar el riesgo medio de la población. Pero entonces es posible que a los individuos de bajo riesgo no les interese la compra del seguro, ya que la prima media será mayor de lo que sería su propia prima. Los que se aseguren serán probablemente una muestra sesgada («adversa») de la población, compuesta principalmente por individuos de alto riesgo. Cuando la selección adversa ocurre, la compañía pierde dinero y debe aumentar la prima para reflejar ese mayor riesgo. A medida que la prima aumenta, más individuos de bajo riesgo dejan la compañía. Según el teorema de Rothschild-Stiglitz, los buenos riesgos pueden llegar a verse excluidos del mercado, ya que ninguna compañía ofrecerá pólizas a bajo precio adecuadas a su riesgo; por tanto, es posible que no exista un equilibrio competitivo en el mercado de seguros sanitarios⁹. Si las compañías pudiesen distinguir entre ambos grupos de riesgo, el equilibrio se lograría sencillamente estableciendo dos tipos de contratos con dos primas diferentes para los de bajo y los de alto riesgo. Si no pueden hacerlo, las compañías tienden en-

tonces a limitar la cantidad de seguro que los individuos pueden comprar a cada precio, encontrándonos otra vez con el problema de la oferta de seguros incompleta.

El corolario que se deriva para la intervención del Estado es que todo el mundo ganaría (es decir, mejoraría la eficiencia) si la suscripción del seguro fuera universal y obligatoria, reflejando las primas el riesgo medio de la población. Los individuos de alto riesgo ganarían porque podrían comprar seguro a un precio inferior a su riesgo real, y los de bajo riesgo también estarían mejor porque las primas serían más bajas que si sólo los individuos de alto riesgo se aseguraran⁹. Una ventaja añadida es que el seguro obligatorio tiende a ser más completo. El contrato es, en principio, menos específico que el contrato privado, lo que permite asegurarse contra riesgos futuros no contemplados cuando se «suscribe» el seguro. Otra ventaja es que hay menos costes administrativos, pues en el seguro privado una parte importante de estos costes es la asociada al esfuerzo de clasificación de los individuos según el riesgo.

Pero, de nuevo, que sea más eficiente obligar a todo el mundo a suscribir un seguro no implica que el asegurador tenga que ser el propio Estado. La prueba de que el seguro no tiene por qué ser necesariamente estatal es que hay países donde el sistema nacional de aseguramiento obligatorio, financiado vía Seguridad Social, se hace a través de compañías aseguradoras privadas que compiten entre ellas por atraer a los ciudadanos, como es el caso de Alemania.

¿Cuánto sector público... y cuánto sector privado?

En los párrafos anteriores se han repasado algunos de los argumentos económicos que justifican la intervención del Estado en el mercado sanitario. En este apartado abordamos la cuestión de cómo se determina el alcance de dicha intervención; o sea, cómo se establece la cuantía de los servicios sanitarios públicos a proveer y, por ende, qué espacio queda para los seguros privados.

Aplicando el concepto de eficiencia económica visto más arriba, la cantidad óptima de servicios sanitarios públicos sería aquella para la cual la última peseta gastada en dichos servicios tuviera un beneficio o valor social igual a su coste, medido por el valor que se obtendría de esa misma peseta gastada en cualquiera de las mejores alternativas a las que pudieran dedicarse esos recursos.

El gran problema para llevar a la práctica este criterio es la dificultad de medir los beneficios de muchas de las acciones estatales, puesto que no existen precios que nos sirvan de guía como en el mercado. Es

más, la propia intervención estatal puede generar a su vez ineficiencias que sería preciso cuantificar. Por tanto, muy a menudo se escuchan alegaciones controvertidas de que se gasta demasiado en sanidad o que se gasta demasiado poco, sin que sea fácil decidir qué parte tiene razón.

En la bibliografía existen fundamentalmente dos líneas de argumentación sobre el proceso de determinación del nivel de gasto público en bienes privados: a) se trata de una elección política y, por tanto, el nivel se determina en el proceso político, y b) el nivel se podría determinar mediante mecanismos indirectos de revelación de preferencias, por ejemplo, utilizando las valoraciones monetarias que los individuos hacen de estos bienes (cuánto están dispuestos a pagar), obtenidas a través de diferentes métodos.

Según la primera, en los países democráticos la cuantía del gasto público se decide en las votaciones. Ante una determinada política que afecte al nivel de provisión de un bien, a la hora de votar los individuos ponderan entre la utilidad esperada del gasto público y la utilidad de la renta que les quede para bienes privados después de pagar los impuestos que financien ese gasto público. Los parámetros decisivos son, por tanto, la estructura de preferencias (incluyendo los valores éticos y solidarios) de los individuos que componen la sociedad y la incidencia del sistema de impuestos y cotizaciones sobre los mismos dada su riqueza¹⁰.

De los numerosos estudios que se puede citar bajo esta corriente¹¹⁻¹⁷, en los que la decisión sobre los niveles de gasto público y privado deseado se modelan conjuntamente, se puede extraer dos conclusiones principales. La primera es que los modelos de provisión mixta, pública y privada, son los preferidos por la mayoría, por encima de los regímenes puros de mercado y los sistemas únicamente públicos. La segunda, ya clásica, es que el nivel de gasto en ambos sectores que emerge del voto mayoritario viene determinado por las preferencias del votante medio (el votante cuyo nivel de gasto público preferido es el que sale elegido en una votación por mayoría; este votante puede ser, aunque no necesariamente, el que está en la mediana de renta).

La máxima es que en las votaciones se dará una especie de alianza de «los extremos en contra del centro». En efecto, los individuos de renta más baja estarán a favor de un sector público grande, pero preferirán un nivel de gasto (calidad) bajo, puesto que en su caso el coste de oportunidad de los impuestos pagados es muy alto (porque la escasa renta que les queda para gastos privados tiene una utilidad muy alta). Las familias más ricas estarán en contra de un sector público grande y, como las más pobres, a favor de un nivel de gasto bajo (en su caso, porque ellas son los principales contribuyentes en un sistema fiscal progresivo). Finalmente, son las familias con rentas alrededor de la mediana las que están a favor de un sector público gran-

de y en contra de una disminución del gasto en el mismo. Este comportamiento corroboraría los resultados de numerosos trabajos en el campo de la política social según los cuales las clases medias son las principales beneficiarias y las principales defensoras de los programas públicos.

Aparte de que el nivel de gasto resultante de este proceso no tiene por qué coincidir con el nivel «eficiente» de gasto¹⁰, conviene no olvidar que la decisión está sujeta a todas las imperfecciones que dominan el proceso político, tales como la fuerza de los grupos de presión en defensa de sus intereses particulares o el sesgo a favor del *statu quo*.

La segunda corriente de investigación está, como decíamos, dedicada a estudiar los mecanismos para hacer que los individuos expresen (métodos directos) o revelen (métodos indirectos) sus verdaderas preferencias, y de ahí inferir su valoración de los bienes que no tienen precio en el mercado. Entre ellos destaca el método de valoración contingente, que consiste en la simulación de un mercado hipotético mediante la realización de encuestas a consumidores, reales o potenciales, a los cuales se pregunta «cuánto estarían dispuestos a pagar» por obtener un determinado bien o servicio o, alternativamente, «cuánto estarían dispuestos a aceptar» por renunciar a que el bien o servicio se provea. En ocasiones las preguntas se hacen en forma de «subasta». De todas formas, este método se ha usado más para valorar la implementación de programas o actuaciones concretas que para determinar el nivel de gasto público en general. En España hay varios ejemplos de estudios de valoración contingente¹⁸⁻²¹.

Los fallos de la intervención pública

Pero los mecanismos anteriores de decisión pública tampoco son perfectos y sería una equivocación plantear el papel del sector público como una institución que interviene corrigiendo los fallos del mercado pero está ella misma libre de fallos. Lo cierto es que ambas instituciones, mercado y Estado, son imperfectas y la decisión sobre cuál es la institución idónea de asignación de recursos en realidad se ha de tomar en cada caso comparando tipos y grados de fallos.

Wolf²² hace un repaso de los principales fallos del Estado y otras instituciones de no mercado y destaca cuatro. En primer lugar, y más importante, la ruptura del nexo entre los costes de producir un bien y los precios pagados por los consumidores del mismo. Al desvincular el valor del *output* de los costes de producirlo, las posibilidades de que haya una mala asignación de los recursos aumentan. No podremos estar seguros de que se produce la cantidad y la calidad de servicios que los individuos en general desearían consu-

mir. Esta ineficiencia en la asignación estatal da lugar a pérdidas de bienestar para toda la sociedad; en nuestro caso concreto porque, a pesar de que desde un punto de vista individual la sanidad es gratuita, desde un punto de vista social indudablemente tiene un coste, ya que los recursos son escasos. La pérdida de bienestar se podría medir por la diferencia entre el coste de proveer una determinada cantidad de servicios sanitarios y lo máximo que los individuos estarían dispuestos a pagar por usar esos mismos servicios. El segundo tipo de fallos del Estado procede del conflicto que puede existir entre los objetivos públicos y los intereses internos de los individuos y las propias agencias o instituciones públicas que han de tomar o implementar las decisiones, para las cuales normalmente más equivale a mejor. La tercera categoría de fallos se refiere, como en el caso del mercado, a las externalidades de la acción estatal. Los gobiernos tienden a operar a través de grandes organizaciones y mediante instrumentos relativamente toscos, cuyas consecuencias sobre terceras personas o ámbitos pueden llegar muy lejos, además de ser difíciles de prever. Finalmente, la acción estatal no está libre de inequidades derivadas de posibles arbitrariedades, privilegios, sobornos u otro tipo de desviaciones.

Las dificultades para medir el *output*, la ausencia de competencia, la falta de indicadores claros para iniciar y, sobre todo, terminar o cancelar un determinado programa o servicio y, en general, el divorcio entre los beneficiarios de los servicios públicos y los que pagan por ellos son, todos ellos, elementos que están detrás de los fallos del Estado.

Las formas de relación entre el seguro público y el seguro privado

El rasgo principal que caracteriza a los bienes privados provistos públicamente es que por lo común contienen una restricción en la cantidad y/o en la calidad de su provisión, y no pueden ser revendidos. La prestación suele ser uniforme para todos, lo que representa, como mínimo, una disminución de la capacidad de elección de los individuos. De ahí que algunos prefieran adquirir el bien en el mercado alternativo privado o, sin renunciar a la utilización del sector público, estén dispuestos a comprar cantidades adicionales del bien privadamente.

Surgen así, por tanto, los dos tipos de papeles que el sector privado suele desempeñar con respecto al sector público en los sistemas sanitarios modernos: bien como alternativa de éste, bien como complemento. Estos son los dos modelos que comúnmente se analizan en la literatura, a menudo bajo la denominación de *opt-out*, cuando el sector privado actúa de sustituto o alterna-

tiva del sector público, y *top-up*, cuando el seguro privado actúa de suplemento del seguro público.

Teniendo en cuenta que los individuos que deciden voluntariamente comprar un seguro privado no son eximidos de contribuir a la financiación del seguro público y la normativa legal no impide que sigan utilizando éste según su conveniencia, el modelo más común es que la cobertura privada se visualice como suplementaria de la pública. Es decir, se da un fenómeno de doble cobertura en la que las prestaciones del seguro privado actúan de alternativa de las prestaciones públicas en determinadas —o en todas— las ocasiones, pero el seguro privado en sí no sustituye la pertenencia al seguro público. La posibilidad de que cualquier individuo pueda salirse libremente del sistema público no existe en ningún país porque, si así fuera, el sistema se colapsaría y no habría ningún nivel de provisión de equilibrio posible¹¹. La razón es clara, si la financiación del sistema es progresiva, el individuo con la renta más alta de entre los que no se han salido estará pagando relativamente más que los otros por unidad de consumo y entonces le interesará salirse; el siguiente individuo con la renta más alta seguirá un razonamiento similar y así sucesivamente, hasta que no quede sino un solo individuo dentro del sistema. En algunos casos, sin embargo, ciertos individuos (los de más renta) son excluidos del seguro público y necesariamente han de optar por el seguro privado (Alemania); en España hay un colectivo que goza de privilegios especiales, que es el de funcionarios públicos (cerca de dos millones de personas), los cuales no tienen doble cobertura, pero sí pueden elegir anualmente entre aseguradora pública o privada en un entorno de cobertura universal y financiación pública.

La variable fundamental que determina la segmentación del mercado entre el sector público y el sector privado y el nivel de gasto deseado en cada uno de ellos es la diferencia de calidad entre ambos sectores. Dadas las características de renta, edad, salud, educación, etc., de los diferentes individuos, éstos tendrían un determinado nivel de «calidad de reserva» o mínimo aceptable, de forma que, si los servicios del sector público cayeran por debajo de ese nivel, optarían por utilizar el sector privado como alternativa o complemento. A su vez, esta decisión disminuye su apoyo a la realización de más gasto público. Prácticamente en todos los modelos teóricos de demanda de seguro sanitario privado en el contexto de sistemas mayoritariamente públicos, ésta se hace depender de esa diferencia de calidad entre ambos sectores. Los atributos específicos que determinan la diferencia de calidad pueden ser muchos y muy variados, empezando por la misma capacidad de elección, valor claramente en alza en las sociedades ricas y desarrolladas actuales. Empíricamente, a menudo se toman las listas de espera como medida de esta diferencia²³⁻²⁶.

En los estudios empíricos realizados en España la conclusión predominante es que son los hogares con mayor renta los que más compran seguro sanitario privado^{27,28}, aunque en uno de los estudios realizados en Cataluña²⁹ los problemas de salud, concretamente de la submuestra de cabezas de familia, también aparecen como variable relevante en la decisión.

Una cuestión interesante que se plantea es si la cuantía del gasto sanitario global es más elevada, igual o inferior en un sistema mixto que en un sistema solamente privado o solamente público. Varios de los modelos de decisión política revisados abordan este tema. Epple y Romano¹², por ejemplo, concluyen que, dadas ciertas condiciones, el nivel de gasto de equilibrio en un régimen mixto (privado y público) es más elevado que el que se daría en cualquiera de las otras dos alternativas, sistema privado puro o sistema público puro. Ello no significa que el nivel de gasto público en sí mismo sea el máximo en el régimen mixto. El gasto público sería seguramente más alto si sólo hubiera provisión pública y, por eso, algunos individuos preferirían que se prohibiese la posibilidad de complementar los servicios públicos con compras en el sector privado (aunque sólo serían una minoría pues, como vimos, el resultado principal de estos modelos es que la mayoría prefiere el régimen mixto).

El gasto global es más elevado en un sistema mixto porque el grado de sustitución (la elasticidad) de seguro privado por público no es completa, es decir, no se da en la proporción de uno por uno. Según las estimaciones de Gouveia¹³, utilizando datos de gasto público y privado respecto del PIB de los países de la OCDE, un dólar más de gasto en el sector público provocaría una disminución del gasto en el sector privado de sólo 70 centavos. Jofre³⁰, con datos microeconómicos de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1990-1991, también deduce que los aumentos del gasto público en España tienen un impacto expansivo neto sobre el gasto sanitario total.

Dos cuestiones de política sanitaria

Teniendo en cuenta las posibilidades de relación entre un sector y otro, a continuación nos planteamos dos cuestiones de interés para la política sanitaria.

¿Se debería favorecer la compra de seguro sanitario privado?

Las razones que se suele aducir para favorecer la compra de seguro privado, adicional al seguro público, son que ello puede aliviar el presupuesto público y, además, ser redistributivo. Así, según Besley y Coate⁴, si el nivel de calidad escogido para el sector público no

es «muy alto», algunos individuos elegirán no consumir la sanidad pública y pagar aparte por una sanidad privada de más calidad. Estos individuos serán previsiblemente los más ricos, que con su acción descongestionarán el sistema público y dejarán su disfrute en exclusiva para los más pobres.

Pero el grado de descongestión del sistema público depende de la elasticidad de sustitución en el consumo entre los servicios privados y los servicios públicos. Si los asegurados privados reducen principalmente su consumo en el sector público de procedimientos electivos o poco costosos, la disminución de la presión sobre el presupuesto público no será muy grande. Si por el contrario la reducción del consumo fuera importante, el gasto sanitario público podría, efectivamente, verse aliviado. En cualquier caso, como ya hemos mencionado y debido al efecto del abuso moral (mayor consumo cuantos más asegurados), es probable que el gasto sanitario en su conjunto aumentase.

Por otra parte, la cuestión que se suscita es hasta qué punto es justo que los individuos que ya pagan un seguro privado sigan pagando por los servicios públicos si no hacen uso de ellos. A menudo la respuesta ha sido subvencionar la compra de seguro privado mediante deducciones o desgravaciones fiscales que les compensen en parte por el hecho de pagar doblemente por la sanidad y quedarse con menos renta disponible (la falta de calidad del sector público equivale a aplicarles un nuevo impuesto indirectamente). El problema es que entonces se pierde una parte del impacto redistributivo. De hecho, existe un *trade-off* o conflicto entre ambos objetivos. Cuanto más alta sea la desgravación, más individuos se animarán a comprar un seguro privado y liberarán más recursos del sistema público que serán disfrutados por los pobres, pero al mismo tiempo, menor será su contribución neta a la financiación del sistema y, por consiguiente, menor será el efecto redistributivo. Si los individuos no son muy sensibles a la desgravación fiscal, ésta ha de ser muy alta para que un número suficiente de ellos renuncie a la utilización del sistema, pero entonces puede que la política no merezca la pena desde el punto de vista social, porque el coste de la subvención para los que se quedan dentro sería demasiado alto⁶. Según Barros et al³¹, las desgravaciones fiscales no son muy efectivas para promover el mercado de los seguros sanitarios privados, y además pueden tener efectos imprevistos.

El conocimiento de los dos efectos mencionados —pautas de sustitución en el consumo entre ambos sectores y grado de respuesta a los incentivos fiscales— es esencial para poder dar una respuesta a la pregunta planteada en este apartado. Una investigación reciente de López et al³² da una primera respuesta positiva para Cataluña, donde el sector privado absorbe un volumen importante de presión asistencial procedente de aquellos que tienen doble cobertura. Pero el estudio se

ha de tomar con precaución, son necesarias más investigaciones en esta línea.

Una última crítica importante es que el efecto favorable sobre los más pobres, los que se quedan en el sistema público, será positivo sólo si el nivel de calidad (y gasto) escogido para el mismo se mantiene constante y no desciende progresivamente debido a la falta de apoyo y la ausencia de presión en demanda de más calidad por parte de los ricos. No existe mucha evidencia empírica para corroborar o no este argumento. Burchardt et al³³ apuntan, no obstante, un fenómeno positivo: los británicos que tienen un seguro privado además del público usan los médicos generales y otros servicios del NHS inglés tanto como los que no lo tienen. Existe, por tanto, una utilización combinada, y no exclusiva, de los dos sectores; un resultado similar al resaltado por Vera²⁹ para el caso de Cataluña y que también se observa en las encuestas nacionales de salud españolas de los últimos años. Ello podría explicar el otro resultado aportado por los autores británicos, según los cuales la actitud de apoyo al NHS no había disminuido a pesar del aumento del aseguramiento privado. Por su parte, Globerman y Vining³⁴ analizaron la evolución del porcentaje de gasto público y privado en la OCDE y no encontraron ninguna correlación temporal entre ambos. Es decir, el aumento del porcentaje de gasto privado con respecto al PIB no parece tener ningún efecto sobre el aumento o la disminución subsecuentes del gasto público.

Una forma alternativa de fomentar el mercado privado es mediante la transferencia de «vales» o «cheques sanitarios» a aquellos individuos que opten por la compra de un seguro privado. La principal diferencia con las deducciones fiscales es que éstas están relacionadas con el nivel de renta, mientras que los «vales» normalmente están correlacionados con el nivel esperado de gasto sanitario: el individual o el medio de la población. En este caso, el sentido de la redistribución cambia, yendo de los más enfermos a los más sanos. En efecto, está claro que a quienes más interesará aceptar el vale y salirse del sistema son los individuos con mejor salud, quedando los menos saludables dentro del sistema público, lo cual puede tener un efecto adverso sobre el gasto sanitario es este sector³¹.

¿Qué tipo de relación deberían tener el sector público y el sector privado?

La convivencia del sector privado al lado del público puede tener efectos beneficiosos, pero también puede ser problemática. Mucho depende del grado de integración o separación entre ambos sectores y las fórmulas de colaboración que se establezcan.

En un extremo tenemos el caso en que ambos sistemas estén legal y efectivamente separados casi por

completo, como ocurre en Canadá. En este país, donde la mayor parte de la financiación es pública pero casi toda la provisión es privada, el papel del sector privado como financiador de servicios está limitado a aquellas prestaciones que no están totalmente cubiertas por los programas públicos: medicamentos, óptica, atención dental y servicios paramédicos tales como podólogos y quiroprácticos³⁵. El sistema prácticamente prohíbe a los médicos y a los hospitales que trabajan para el sector público tener contratos privados o recibir cualquier compensación suplementaria de tipo privado, ya sea de los pacientes directamente o de las compañías de seguros privadas³⁶. Las razones para esta casi total segregación entre ambos sistemas son, por un lado, evitar desigualdades y, por el otro, evitar los problemas de transparencia económica que se generan cuando la separación no es nítida.

En efecto, cuando ambos sistemas están combinados y los mismos proveedores atienden pública y privadamente el mismo tipo de pacientes o patologías, pueden aparecer diversos tipos de problemas, ya sean casos de trato discriminatorio en un mismo hospital o consulta según el paciente pague o no privadamente todo o parte del servicio, trasvase de costes entre la parte privada y la parte pública del tratamiento, o interferencias y generación de demanda inducida hacia el sector privado. Según Chernichovsky³⁶, en respuesta a estos peligros, los gobiernos de los países donde los sistemas están muy entrelazados o son excesivamente permeables el uno al otro tienden a controlar los costes y a tratar de preservar la equidad mediante regulaciones generales, que abarcan a ambos sectores y a menudo sobrepasan los límites del problema concreto, generando así efectos adversos, por ejemplo, para la libertad de elección de los consumidores o la libertad de empresa de las compañías aseguradoras.

Sin embargo, a veces puede ser inevitable la combinación de ambos sectores, sobre todo cuando existen economías de escala y la oferta es escasa. La división de esos escasos recursos en dos sectores restaría eficiencia y capacidad de elección. Cuando la combinación es inevitable, la política más prudente sería evitar la proximidad de lo público y lo privado en el punto de provisión del servicio. Eso no ocurre cuando la relación entre los compradores (el sector público) y los proveedores es demasiado estrecha, normalmente debido a la escasez de proveedores³⁷.

En el extremo opuesto a la total segregación estaría la total integración del sector privado en el sistema sanitario. Es decir, un sistema donde, en un marco de financiación pública, las aseguradoras privadas (lucrativas o no lucrativas) compitieran por el aseguramiento y la oferta de servicios con el asegurador público, teniendo transferidas las mismas responsabilidades que el sector público (sería el caso de Alzira si también tuviesen la responsabilidad de la atención primaria y la

rehabilitación) que estaría sometido exactamente a las mismas reglas que el sector privado.

Además de eliminar el fenómeno de la doble cobertura, la integración del sector privado puede ser muy positiva para los objetivos del sector público, principalmente porque introduce competencia en el conjunto del sistema. Esto aporta mayor posibilidad de elección a los ciudadanos (y, por tanto, más satisfacción) y puede ayudar a mejorar la eficiencia (disminuir costes y/o aumentar la calidad de la atención). No obstante, ello no tiene por qué ser necesariamente así; depende del cumplimiento de numerosos requisitos y condiciones, tales como que existan suficientes proveedores para que haya competencia real, que los costes de transacción de administrar el sistema no superen a los ahorros y que la información sea clara y veraz, tanto sobre las características de los servicios como sobre sus coste.

Las fórmulas para hacer operativa la integración de los sectores privado y público en la provisión de los servicios son dos principalmente: la distribución de vales entre la población para que los individuos escojan el proveedor de su preferencia y la compra directa de servicios a los proveedores públicos o privados a cambio de un pago capitativo. El mecanismo de los vales³⁸ goza de bastante popularidad en algunas áreas y algunos países, como es el caso de Estados Unidos en el ámbito de la alimentación, la educación o la vivienda. Están a medio camino entre las transferencias monetarias puras y la provisión directa, ya que permiten un cierto grado de elección entre proveedores, pero restringido a un determinado bien, mientras que con las transferencias monetarias la elección es libre, tanto del bien a consumir como del proveedor. Una de las características definitorias de los vales es que suelen ser subsidios limitados, de manera que a partir de cierta cantidad de gasto la subvención es cero. Ello penaliza a los más gastadores, que en el caso de la sanidad presumiblemente son los más enfermos. Por eso, en sanidad a veces se aboga por el establecimiento de vales abiertos, ilimitados. El problema es que entonces se pierde una de sus principales virtudes, a saber, el incentivo que introducen para que los consumidores busquen el proveedor más barato. Y no se resuelve uno de los principales problemas que afectan a los vales (y en general a todos los mecanismos que descansan sobre las decisiones de los consumidores): la asimetría de información que se presume en el consumidor y que dificulta la compra informada. A su vez, la ignorancia a la hora de elegir puede implicar resultados de desigualdad, ya que aquellos con la menor información o el menor grado de habilidad en la elección pueden obtener servicios de peor calidad.

Si los problemas de información son graves, es mejor que la decisión de compra la detenten otros. Por ello, un mecanismo alternativo en sanidad es la compra di-

recta a los proveedores, tanto públicos como privados, de un paquete asistencial completo hecha por agentes informados (normalmente médicos) en nombre de los usuarios y a cambio de un pago capitativo. Como todos los demás mecanismos, éste también tiene ventajas e inconvenientes. La principal dificultad reside en encontrar el tamaño del pago capitativo idóneo, de modo que retribuya correctamente los costes justificados de los proveedores —y sólo éstos— a fin de promover la eficiencia, y al mismo tiempo evite el incentivo a que éstos seleccionen riesgos³⁹. En efecto, el peligro más notorio de esta fórmula es el interés de los proveedores en seleccionar a los asegurados más sanos y potencialmente menos gastadores. Para paliar este peligro existen diversas medidas como, por ejemplo, prohibir el rechazo de asegurados potenciales o conceder pagos compensatorios adicionales en el caso de gastos anormalmente grandes. En cualquier caso, es preciso que el sector del aseguramiento privado demuestre que es capaz de asumir el reto que entraña la transferencia de responsabilidad integral de la atención que implica este modelo. Los datos conocidos y los estudios sobre este sector en España son todavía insuficientes como para poder emitir un juicio al respecto⁴⁰.

Conclusiones

Del análisis económico de la intervención pública en el mercado de seguros sanitarios se desprende que ésta se basa en razones de eficiencia, no sólo en razones de equidad. Si el problema fuera sólo de equidad, y el mercado funcionase perfectamente, el acceso al seguro para los más pobres se podría resolver fácilmente mediante transferencias monetarias a los mismos. Los fallos del mercado de seguros sanitarios, derivados fundamentalmente de la asimetría de información entre el asegurado y la compañía aseguradora, constituyen un poderoso argumento a favor de la regulación de este mercado mediante la obligatoriedad de aseguramiento universal. Pero que sea más eficiente obligar a todo el mundo a suscribir un seguro no implica que el asegurador tenga que ser el propio Estado; bajo un sistema de financiación pública cabe perfectamente un sistema de competencia regulada entre compañías aseguradoras que compitan entre sí por la prestación de los servicios a los ciudadanos.

Respecto al alcance del seguro público, es decir, cómo se deciden su amplitud y el nivel de gasto público en el mismo, no existen métodos únicos ni infalibles. La argumentación más conocida es que dicho nivel se determina en el proceso político y suele reflejar las preferencias del votante mediano. No obstante, el proceso de decisión política no es perfecto y además la intervención pública no está exenta de fallos, por lo que

no es fácil contestar a la pregunta de si el estado gasta demasiado o demasiado poco en sanidad, ni estar seguros de que se produce la cantidad y calidad de servicios que los ciudadanos en general desearían consumir.

Este marco, de predominio de un sistema sanitario público con imperfecciones, es el que existe en la mayoría de los países desarrollados actualmente. Una de sus características más sobresalientes es la uniformidad de las prestaciones, y las restricciones en la cantidad y/o calidad de los servicios. Esto deja un espacio a los seguros privados, que se dirigen a aquellos individuos que quieran complementar el seguro público con prestaciones adicionales o alternativas en el sector privado. Al no existir la posibilidad de optar libremente por salirse del sistema público, el seguro privado no debe visualizarse como sustitutivo propiamente dicho del seguro público, sino como suplementario, con lo que se origina un fenómeno de doble cobertura en la mayoría de los casos. La variable fundamental que determina la compra o no de un seguro privado adicional al seguro público es la diferencia de calidad entre ambos, entendida ésta no estrictamente como calidad objetiva, sino como mayor capacidad de elección, menor tiempo de espera, más comodidad, etcétera.

Puesto que los individuos con seguro privado tenderán a consumir menos servicios en el sector público, existe una corriente a favor de las políticas de fomento del seguro privado, con el argumento de que ello puede aliviar el presupuesto público, además de ser redistributivo si los que más compran seguro privado son

precisamente los más ricos. Una de las medidas de fomento del seguro privado preconizadas son las desgravaciones fiscales (presentes en la legislación española para los seguros de suscripción individual hasta 1999, y para los seguros de suscripción colectiva desde entonces). La eficacia de esta medida, sin embargo, no está probada, y son necesarias más investigaciones sobre dicha cuestión, así como sobre el grado de sustitución real en el consumo entre ambos tipos de coberturas.

Finalmente, en cuanto al tipo de relación entre el sector público y el sector privado, la principal recomendación es evitar la proximidad de lo público y lo privado en el punto de provisión del servicio, para evitar discriminaciones, trasvases de costes, generación de demanda inducida y cualquier otro tipo de interferencias. Los modelos donde ambos sistemas aparecen claramente separados o aquellos en que los dos sectores están totalmente integrados son preferibles a los modelos intermedios, por las razones antes aducidas. En el caso de integración de ambos sectores en la provisión de los servicios bajo una misma financiación pública, la mejor fórmula es la compra directa a los proveedores de un paquete asistencial completo a cambio de un pago capitativo, hecha por agentes informados, normalmente médicos. La escasez de oferta privada organizada en muchas zonas de España y el relativamente poco conocimiento sobre el grado de eficiencia en el funcionamiento de las compañías de seguros privadas aconsejan prudencia antes de recomendar la adopción de este tipo de fórmulas en nuestro país.

Bibliografía

1. OECD Health Data (2000 edition update). París: OECD, 2000.
2. Rico A, Busse R. Sistemas i reformes sanitaris a Europa. *Fulls Econ* 2000; 34: 6-16.
3. Zubiri Oria I. L'equitat i la intervenció pública en els mercats de salut. En: López Casasnovas G, director. *Anàlisi Econòmica de la Sanitat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994; 117-140.
4. Besley T, Coate S. Public provision of public goods and the redistribution of income. *Am Econ Rev* 1991; 81: 979-984.
5. Barr N. *The economics of the welfare state* (3.ª ed.). Stanford: Stanford University Press, 1998.
6. López Casasnovas G, Ortún Rubio V. *Economía y salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1998.
7. Prescott EC, Townsend RM. Pareto optima and competitive equilibria with adverse selection and moral hazard. *Econometrica* 1984; 52: 21-46.
8. Arrow KF. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963; 53: 941-973.
9. Rothschild M, Stiglitz J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Q J Econ* 1976; 90: 629-649.
10. Stiglitz JE. The demand for education in public and private school systems. *J Public Econ* 1974; 3: 349-385.
11. Ireland N. The mix of social and private provision of goods and services. *J Public Econ* 1990; 43: 201-219.
12. Epple D, Romano RE. Public provision of private goods. *J Polit Econ* 1996; 104: 57-84.
13. Gouveia M. The public sector and health care. *Int Tax Public Financ* 1996; 3: 329-349.
14. Gouveia M. Majority rule and the public provision of a private good. *Public Choice* 1997; 93: 221-244.
15. Anderberg D. Determining the mix of public and private provision of insurance by majority rule. *Eur J Polit Econ* 1999; 15: 417-440.
16. Blomquist S, Christiansen V. The political economy of publicly provided private goods. *J Public Econ* 1999; 73: 31-54.
17. Jofre Bonet M. Health care: public and/or private provision. *Eur J Polit Econ* 2000; 16: 469-489.
18. Dalmau Matarrodona E. *Competència i innovació tecnològica a l'atenció hospitalària. Mercats geogràfics i avaluació de l'eficiència de la cirurgia major ambulatoria a Catalunya* (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 1998.
19. Costa i Font J. *Conducta individual, assegurances i el-lecció colectiva: una aplicació a la política sanitària* (tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona, 1999.
20. Vázquez Rodríguez MX, León CJ. *Preferencias imprecisas y contexto en la valoración de cambios en la salud* (Documento de trabajo 0010). Vigo: Universidade de Vigo, 2000.

21. Puig J, Pinto JL, Dalmau E. El valor monetario de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2001.
22. Wolf C Jr. Markets or governments: choosing between imperfect alternatives (2.ª ed.). Cambridge, Ma: MIT press, 1993.
23. Besley T, Hall J, Preston I. The demand for private health insurance: do waiting lists matter? *J Public Econ* 1999; 72: 155-181.
24. Propper C. The demand for private health care in the UK (Working paper). Bristol: University of Bristol, 1999.
25. Jofre Bonet M. Public health care and private insurance demand: the waiting time as a link. *Health Care Management Sci* 2000; 3: 51-71.
26. Costa J, García J. Demand for private health insurance: is there a quality link? (Working Paper). Barcelona: Universitat de Barcelona, 2000.
27. González Y. La demanda de seguros sanitarios. *Rev Econ Aplicada* 1995; 8: 111-142.
28. Rodríguez M. El gasto sanitario en Cataluña. Análisis del gasto sanitario privado y su contribución a la política sanitaria (tesis doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona, 1988.
29. Vera Hernández AM. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Econ* 1999; 8: 579-598.
30. Jofre i Bonet M. Health care: interaction between public system and private sector (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 1998.
31. Barros PP, Castro R, Duarte M, Gonçalves S. From public to private health insurance: what the taxman shouldn't do (working paper). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1995.
32. López Nicolás A, García Villar J, López Casasnovas G, Puig Junoy J. ¿Es posible reducir el gasto sanitario a través del subsidio a los seguros sanitarios privados? La doble cobertura sanitaria en Cataluña. Estimación de patrones de utilización de servicios sanitarios. En: González Fidalgo E, González López-Valcárcel B, Meneu de Guillerna R, Ventura J, coordinadores. Coordinación e incentivos en sanidad. Oviedo: Asociación de Economía de la Salud, 2001; 429.
33. Burchardt T, Hills J, Propper C. Private welfare and private policy (Mimeo). York: Joseph Rowntree Foundation, 1999.
34. Gliberman S, Vining A. A policy perspective on «mixed» health care financial systems of business and economics. *J Risk Insurance* 1998; 65: 57-80.
35. World Health Organization. Health Care Systems in Transition: Canada. Copenague: Regional Office for Europe, 1996. Disponible en: <http://www.observatory.dk/TopPage-9.htm>
36. Chernichovsky D. The public-private mix in the modern health care system –concepts, issues, and policy options revisited (NBER working paper 7881). Washington: National Bureau of Economic Research, 2000.
37. Calero J. Una evaluación de los cuasimercados como instrumento para la reforma del sector público. Bilbao: Documentos de trabajo Fundación BBV, 1998.
38. Esteurle CE, Ooms VD, Peterson G, Reischauer R, editores. Vouchers and the provision of public services. Washington: Urban Institute Press y Brookings Institution Press, 1999.
39. Van Vliet RCJA, Van de Ven WPMM. Towards a capitation formula for competing health insurers. An empirical analysis. *Soc Sci Med* 1992; 34: 1035-1048.
40. Rodríguez M. Veinte años de literatura sobre los seguros sanitarios privados: estamos sólo al comienzo. En: Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica. Palma de Mallorca: Asociación de Economía de la Salud, 2000; 55.