

Original

¿Qué revela sobre el sistema público sanitario la contratación de un seguro de salud privado?



David Epstein* y Dolores Jiménez-Rubio

Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de junio de 2017

Aceptado el 25 de marzo de 2018

On-line el 24 de agosto de 2018

Palabras clave:

España
Servicios de salud
Seguro de salud
Satisfacción
Funcionarios
Atributos del sistema sanitario

R E S U M E N

Objetivo: Este estudio examina la elección individual de seguro sanitario privado en España. La elección del seguro privado revela los atributos del sistema sanitario que son más valorados por la población, así como la capacidad de respuesta de este en relación a esas preferencias.

Método: Los datos proceden de las oleadas de 2004, 2009 y 2014 del Barómetro Sanitario, examinando de forma separada la elección de la población general y de los funcionarios públicos.

Resultados: El sistema sanitario público tenía una valoración muy buena en atributos como tecnología y capacitación de los médicos, incluso por aquellos que eligieron un seguro privado, pero no tanto en características como la comodidad o la rapidez de respuesta. Sin embargo, nuestro estudio muestra que los individuos se preocupan por otros atributos del sistema sanitario relacionados con la capacidad de respuesta, como el trato personal y la información, y estos influyen en su decisión de contratar un seguro privado. El cuerpo de funcionarios, incluso la minoría que ha optado por la sanidad pública, tiene una percepción más crítica sobre la sanidad pública que los no funcionarios, especialmente en trato personal, información, atención primaria y especialistas.

Conclusiones: Las fortalezas y debilidades sobre el desempeño del sistema público de salud encontradas en este estudio serán de interés para los formuladores de políticas sanitarias y merecen una mayor investigación.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

What does the decision to opt for private health insurance reveal about public provision?

A B S T R A C T

Objective: This study examines individuals' choice of private health insurance in Spain. Private health insurance choices reveal the attributes of health care most highly valued by the population, and the perceived responsiveness of the public system in delivering those preferences.

Method: The paper exploits the 2004, 2009 and 2014 waves of the national Health Barometer survey, examining the health insurance choice separately for the general population and a small but influential sector of elite public-sector employees who can opt out from the public health system (civil servants).

Results: Public healthcare is a highly regarded provider in terms of technology and doctor training, even by those who chose private health insurance, but falls short in terms of amenities such as comfort and speed of attendance. These findings confirm well-known strengths and criticisms of the public system. However, the study also finds that citizens are concerned about the performance of the public sector in key domains of health system responsiveness, such as personal contact and information and these concerns also influence their decision to opt for private provision. Finally, civil servants, even the minority who opted for public provision, tend to have a lower opinion of the public health service than non-civil servants, especially in terms of personal contact, information, primary care and specialist care.

Conclusions: These perceptions and concerns of the public about the performance of the public health service will be of interest for policy makers and should be investigated further.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Spain
Health services
Health insurance
Satisfaction
Civil servants
Attributes of healthcare

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidepstein@ugr.es (D. Epstein).

Introducción

Aunque la población española es una de las más saludables del mundo¹, y las encuestas han mostrado de forma consistente altos niveles de satisfacción pública con el sistema sanitario (en torno al 70%)², la proporción de la población cubierta por un seguro de sanidad privado aumentó rápidamente del 7,6% en 2001 al 15,7% en 2015¹. Para explicar la demanda del seguro privado, varios autores han sugerido que los individuos distinguen entre indicadores «clínicos», como la tecnología, e indicadores «no clínicos»³⁻⁵, como el trato recibido, la confianza o la seguridad transmitida por el personal médico. El sistema público se asocia a largas listas de espera⁶, dilatados tiempos de espera⁷, menos flexibilidad para tener en cuenta las necesidades individuales y menos capacidad de respuesta a los factores sanitarios «no clínicos»^{8,9}.

Este trabajo analiza las preferencias declaradas de la ciudadanía por la provisión pública o privada a través de diferentes atributos y áreas funcionales de la asistencia sanitaria, independientemente de la tenencia de un seguro médico privado o no. Esto nos permite relacionar la preferencia «revelada» (la tenencia de un seguro privado) con la preferencia «declarada» por la provisión privada en la encuesta, y comprender mejor las fortalezas y las debilidades percibidas del sistema público. Para ello nos valemos de una encuesta muy completa y de periodicidad anual, el Barómetro Sanitario Español¹⁰, que ha sido insuficientemente explotada hasta la fecha.

Nuestro trabajo contribuye a la literatura existente de diversos modos. En primer lugar, estudios previos han comparado la satisfacción de pacientes tratados en centros sanitarios públicos con la de pacientes tratados en proveedores privados^{5,8,9}. Nuestros encuestados/as son la ciudadanía, con independencia de si han usado un servicio sanitario o no recientemente. La percepción de la ciudadanía es importante porque su voto influye en la financiación de los servicios públicos^{11,12}. En segundo lugar, si bien existe una extensa literatura sobre la decisión de contratar un seguro de salud privado, estos trabajos se centran en países sin cobertura universal^{13,14}, consideran solo la influencia de un factor (p. ej., el tiempo de espera)^{6,7} o utilizan una única variable para representar la percepción global del encuestado sobre la «calidad» o la «adecuación» del servicio sanitario^{3,15}; en cambio, nuestro trabajo considera la influencia de diferentes atributos y áreas funcionales sobre la decisión de optar por la provisión privada en un sistema sanitario universal. En tercer lugar, estudiamos los motivos de los funcionarios en España para optar por la provisión privada, y no existe ningún estudio previo sobre esta cuestión.

En España hay esencialmente tres formas de obtener una cobertura sanitaria privada. Cerca de 2,2 millones de personas pertenecen a una mutualidad de funcionarios¹⁶. Al comienzo de cada año, estos empleados pueden optar por recibir atención médica pública durante el próximo año o elegir (sin coste adicional para ellos) un plan de seguro privado pagado por su mutua^{17,18}. La segunda vía es contratar un seguro médico duplicado en el mercado¹⁹⁻²¹. Y la tercera es que los empleadores del sector privado ofrezcan un seguro de salud privado como complemento salarial^{15,21}, pero menos de un 1% de los encuestados del Barómetro Sanitario indicaron que tenían esta forma de seguro y por tanto no se incluyeron en el análisis.

Método

El Barómetro Sanitario es una encuesta de ámbito nacional que recopila información sobre las opiniones y percepciones respecto del sistema sanitario en una muestra representativa de españoles mayores de 18 años¹⁰. La encuesta la realiza el Centro de Investigaciones Sociológicas de forma anual desde 1995, y comprende

una muestra de más de 6000 personas al año. Las oleadas de la encuesta de 2004, 2009 y 2014 proporcionan información sobre la situación del seguro de salud en la población de no funcionarios, mientras que las oleadas de 2004 y 2009 proporcionan esta información también para los funcionarios públicos. En el resto de los años no se preguntó por el tipo de seguro sanitario y por lo tanto no se han incluido en el análisis.

Los estadísticos descriptivos muestran la proporción de individuos que afirmarían que preferirían la provisión pública o privada en función de varios atributos de la asistencia sanitaria, así como la de aquellos que afirman que no tienen preferencia. La tecnología, la capacitación médica y la capacitación del personal de enfermería pueden considerarse atributos técnicos o clínicos, mientras que la rapidez, la información, el contacto personal y la comodidad son atributos que se relacionan con la capacidad de respuesta del sistema sanitario, tal como la define la Organización Mundial de la Salud²². Del mismo modo, se tabula la proporción de individuos que afirman que preferirían la provisión pública o privada (o ambas) para cada una de las áreas funcionales (atención primaria, asistencia especializada, hospitalización y urgencias).

El cuestionario del Barómetro Sanitario recogía si el encuestado estaba satisfecho con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España en una escala entre 1 (muy insatisfecho) y 10 (muy satisfecho). Se comparó la satisfacción media de los funcionarios con seguro privado, de los funcionarios sin seguro privado, de los no funcionarios con seguro privado y de los no funcionarios sin seguro privado en cada una de las oleadas mediante la regresión de mínimos cuadrados ordinarios. Se incluyeron variables de control (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, área metropolitana o no, y región geográfica). El coeficiente representa la diferencia media en satisfacción con una persona que no era funcionario, sin seguro público, en 2004.

Las estimaciones sobre la decisión de tener un seguro médico privado se llevaron a cabo mediante modelos de regresión logística, siendo la variable dependiente (y_i) la elección de un seguro de salud privado. Se estimaron las regresiones para funcionarios y no funcionarios por separado, ya que su coste de oportunidad para adquirir un seguro privado es muy diferente. Se realizaron dos tipos de modelos. En el modelo 1 (modelo univariante), para cada uno de los atributos (tecnología, capacitación médica, etc.) y áreas funcionales (atención primaria, urgencias, etc.) se estimó una regresión logística simple, en la que solo se incluyó un atributo o área funcional, junto con variables *dummies* para indicar la oleada (2009 o 2014):

$$\text{Modelo 1 : } \begin{cases} y_i = 1 \text{ si } \beta_0 + \beta_1 D_{1i} + \beta_2 D_{2i} + \beta_3 2009_i + \beta_4 2004_i + \varepsilon_i > 0 \\ y = 0 \text{ si no} \end{cases}$$

Por ejemplo, para el atributo «tecnología», $D_{1i} = 0$ y $D_{2i} = 0$ si la persona i prefirió la sanidad pública para este atributo; $D_{1i} = 1$ y $D_{2i} = 0$ si prefirió la sanidad privada; y $D_{1i} = 0$ y $D_{2i} = 1$ si fue indiferente. El coeficiente estima el logaritmo de *odds ratio* de la variable. $\beta_1 > 0$ indica que la preferencia declarada por la sanidad privada en este atributo incrementa la probabilidad de optar por un seguro privado, en comparación con una persona que prefirió la sanidad pública para este atributo.

En el modelo 2 se estimó una regresión logística multivariante en la que se incorporaron todos los atributos y las áreas funcionales juntos, además de variables de control (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, vivir en un área municipal y región geográfica).

Análisis de sensibilidad

Se realizó un análisis de sensibilidad para cada una de las oleadas (2004, 2009 y 2014) por separado. Para el año 2014 fue posible, además, incluir dos variables relacionadas con la salud: la salud

Tabla 1
Estadísticos descriptivos. Tipo de seguro sanitario

	2004		2009		2014	
<i>No funcionarios</i>						
Solo seguro público	5646	89,3%	5963	84,2%	6545	91,5%
Seguro privado duplicado	680	10,7%	1121	15,8%	691	9,5%
Total	6326		7084		7236	
<i>Funcionarios</i>						
Solo seguro público	121	36,1%	224	38,4%		
Solo seguro privado	224	63,9%	359	61,6%		
Total	335		583			

autopercebida (escala 1-5) y si el encuestado padecía alguna enfermedad crónica (sí/no). Menos del 5% de los individuos afirmaron tener mala o muy mala salud, y por eso creamos una variable de salud autopercebida binaria en la que 1 representa una salud muy buena o buena, y 0 representa una salud regular, mala o muy mala.

Resultados

Datos descriptivos

Entre los no funcionarios, el 11% de la muestra declaró que había contratado un seguro de salud privado en 2004, el 16% en 2009 y el 9,5% en 2014 (tabla 1). Los no funcionarios que contrataron un seguro médico privado eran más propensos a usar cualquier tipo de atención médica (pública o privada), aunque lo eran menos a usar la asistencia sanitaria pública (véase Cuadro complementario A5 en el Apéndice on-line de este artículo).

Dos de cada tres funcionarios optaron por un seguro de salud privado (tabla 1). Los funcionarios con y sin seguro de salud privado tenían una probabilidad similar de no usar la asistencia sanitaria, pero entre los que lo hicieron, aquellos con un seguro de sanidad privado eran más propensos a ser usuarios asiduos (más de cinco visitas) (véase Cuadro complementario A5 en el Apéndice on-line).

La tabla 2 resume las preferencias declaradas por la mayoría para la provisión privada o pública por atributos de la asistencia sanitaria (pueden verse datos más detallados en el Cuadro complementario A6 del Apéndice on-line). La mayoría (>50%) de los no funcionarios manifestaron que el sistema privado era mejor en cuanto a rapidez de asistencia y comodidad, independientemente de si habían contratado un seguro de salud privado o no. Sin embargo, esta opinión no se extiende a la tecnología, pues la mayoría manifestaron que el sector público era mejor, con independencia de si habían contratado un seguro de salud privado. Los que disponían de seguro privado tenían opiniones divididas sobre qué sistema era mejor en cuanto a la capacitación de personal médico y de enfermería.

En todas las áreas funcionales (atención primaria, atención especializada, ingreso hospitalario y urgencias), la mayoría de quienes solo tenían seguro público indicaron que preferían la atención pública. Sin embargo, entre quienes habían comprado un seguro privado, la mayoría declaró que prefería la asistencia especializada privada, pero se mostraban más divididos sobre qué tipo de provisión preferirían para la atención primaria, la hospitalización y las urgencias.

Entre los funcionarios públicos que eligieron la provisión pública, la mayoría afirmó que el sector público era superior en tecnología y atención en urgencias en ambas oleadas, pero se mostraron más divididos acerca de la provisión pública en otros ámbitos de la atención sanitaria. La mayoría de los funcionarios con y sin atención privada afirmó que la atención privada era mejor en cuanto a atención primaria y visitas ambulatorias, y una gran mayoría consideraba que la atención privada era mejor en rapidez de asistencia y en comodidad.

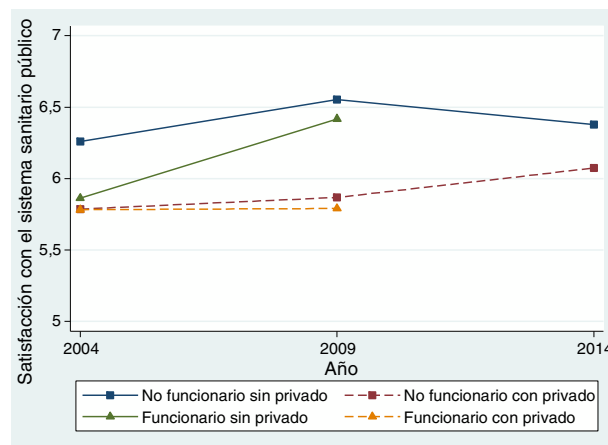


Figura 1. Satisfacción media con el sistema sanitario público. No había datos disponibles para funcionarios en 2014. El nivel de satisfacción se mide en una escala del 1 (muy insatisfecho) al 10 (muy satisfecho).

Resultados de la estimación logística sobre la elección de un seguro privado

En la tabla 3 se muestran las preferencias de las personas encuestadas por la prestación pública o privada según distintos atributos y áreas funcionales de los servicios sanitarios que están asociados con la contratación de un seguro de salud privado.

En las regresiones simples (modelo 1), la creencia de que la provisión privada era igual o mejor que la pública en cualquier atributo o área funcional incrementó la probabilidad de contratar un seguro privado.

Sin embargo, las variables están altamente correlacionadas entre sí, y por tanto en las regresiones multivariantes (en las que se incluyeron todas las variables juntas) la mayoría de los coeficientes no resultaron ser estadísticamente significativos. En el modelo 2, solo las variables de las áreas funcionales se mostraron significativamente asociadas con la contratación de un seguro privado. Entre las variables de control en la regresión múltiple, las personas mayores resultaron ser más propensas a contratar un seguro privado que las jóvenes, pero las personas jubiladas o en desempleo se mostraron menos propensas a contratar un seguro privado que las personas ocupadas. El nivel de educación (que suele estar estrechamente relacionado con el nivel de ingresos²³) resultó también ser determinante en la contratación de un seguro privado. Las personas que reportaban una buena o muy buena salud eran más propensas a contratar un seguro privado duplicado (datos disponibles solo para no funcionarios en 2014; véase el Cuadro complementario A8 en el Apéndice on-line).

Satisfacción con los servicios públicos de salud

En 2004, los no funcionarios sin seguro de sanidad privado manifestaron una mayor satisfacción en general con la sanidad pública que los demás grupos (fig. 1 y tabla 4; véase también el Cuadro complementario A7 en el Apéndice on-line). En 2009, la satisfacción con la provisión pública de los funcionarios que eligieron provisión pública se incrementó, y no había diferencia significativa entre los funcionarios y los no funcionarios sin seguro privado ($-0,164 \pm 0,132$; $p=0,627$). Sin embargo, la satisfacción con el sector público de los no funcionarios y de los funcionarios con seguro privado permaneció aproximadamente constante durante el mismo periodo. La satisfacción de los no funcionarios sin seguro privado disminuyó entre 2009 y 2014 (diferencia entre 2009 y 2014: $-0,156 \pm 0,036$; $p < 0,001$).

Tabla 2
Estadísticos descriptivos. Preferencia mayoritaria de seguro privado o público (o ninguno), en función de atributos sanitarios y por áreas funcionales

	Con seguro sanitario privado				Sin seguro sanitario privado			
	2004	2009	2014	Tendencia	2004	2009	2014	Tendencia
No funcionarios								
<i>Atributo</i>								
Tecnología	Público	Público	Público	-	Público	Público	Público	↑
Capacitación de médicos	Público	Público	Público	↑	Ninguno	Ninguno	Ninguno	-
Capacitación de enfermeras	Público	Público	Público	↑	Ninguno	Ninguno	Ninguno	↑
Rapidez	Privado	Privado	Privado	↑	Privado	Privado	Privado	-
Información	Ninguno	Ninguno	Público	↑	Privado	Privado	Ninguno	-
Trato personal	Ninguno	Ninguno	Público	↑	Privado	Privado	Privado	-
Confort	Privado	Privado	Ninguno	-	Privado	Privado	Privado	-
<i>Área funcional</i>								
Atención primaria	Público	Público	Público	↑	Privado	Ninguno	Ninguno	-
Especialista	Público	Público	Público	-	Privado	Privado	Privado	-
Ingresos en hospital	Público	Público	Público	-	Privado	Privado	Ninguno	↓
Urgencia	Público	Público	Público	-	Ninguno	Ninguno	Ninguno	↓
Funcionarios								
<i>Atributo</i>								
Tecnología	Público	Público		↑	Ninguno	Ninguno		↓
Capacitación de médicos	Ninguno	Público		↑	Ninguno	Ninguno		-
Capacitación de enfermeras	Ninguno	Público		↑	Ninguno	Ninguno		-
Rapidez	Privado	Privado		↑	Privado	Privado		-
Información	Privado	Ninguno		↑	Privado	Privado		-
Trato personal	Privado	Privado		↑	Privado	Privado		-
Confort	Privado	Privado		↑	Privado	Privado		-
<i>Área funcional</i>								
Atención primaria	Privado	Ninguno		↑	Privado	Privado		-
Especialista	Privado	Privado		↑	Privado	Privado		↓
Ingresos en hospital	Ninguno	Ninguno		↓	Privado	Privado		↓
Urgencia	Público	Público		↓	Privado	Privado		↓

Público: la mayoría (> 50%) prefiere provisión pública; Privado: La mayoría prefiere provisión privada; Ninguno: Sin preferencia mayoritaria por el seguro público o privado. Tendencia: ↑ indica que la proporción que prefiere la provisión pública ha aumentado en cada oleada desde el 2004; ↓ indica que la proporción que prefiere provisión pública ha disminuido en cada oleada desde el 2004; - indica que no existe una tendencia clara en la proporción de individuos que prefiere provisión pública desde el 2004 (pueden verse datos más detallados en el Cuadro complementario A6 del [Apéndice on-line](#)).

Discusión

En 2009 se observó que los usuarios de la provisión pública manifestaron mayor satisfacción con el sistema público que en 2004, especialmente el colectivo de funcionarios que optaron por la provisión pública. En este periodo el Sistema Nacional de Salud estaba experimentando considerables cambios, como un aumento de la financiación unido a la descentralización de la gestión de las autoridades centrales a las regionales. Aunque en 2007-2008 se inició una profunda crisis económica, en el año 2009 los principales recortes sanitarios aún no habían tenido lugar² y quizás las expectativas de las personas usuarias se podían satisfacer con mayor facilidad que en cualquier otro momento²⁴. Sin embargo, durante el periodo 2004-2009, las personas con seguro privado no manifestaron un aumento similar en la satisfacción con la provisión pública (fig. 1) y, pese a la expansión del sistema público, este periodo coincidió con un crecimiento considerable de la contratación del seguro médico privado¹. A partir de 2010, los recortes sanitarios ya empezaban a tener efecto² y se observó una reducción de la satisfacción de los usuarios²⁵.

Del análisis de las preferencias para los atributos y las áreas funcionales de la asistencia sanitaria pueden obtenerse interesantes conclusiones sobre la motivación de las personas que han optado por el sistema privado. La preferencia por la provisión privada en cada uno de los atributos y áreas funcionales por separado estaba asociada con la decisión de contratar un seguro privado. No obstante, cuando se analizaron los datos conjuntamente, las áreas funcionales, la información y el trato personal destacaron como los factores más relevantes.

Independientemente de si contrataron un seguro de salud privado o no, la mayoría de los no funcionarios coincidieron en que

el sistema privado era mejor en cuanto a rapidez de asistencia y comodidad, y que el sector público era mejor para la tecnología. Quienes disponían de un seguro privado tenían opiniones divididas sobre qué sistema era mejor en cuanto a la capacitación de personal médico y de enfermería. Esto sugiere que las personas que contratan un seguro de salud privado no deciden abandonar el sistema público del todo, sino que más bien lo contratan para disponer de un sistema dual o complementario, y así poder utilizar instalaciones privadas para los servicios de atención primaria, asistencia especializada y procedimientos, en los que la información y el trato personal son valorados, y el sistema público para intervenciones importantes, en las que la disponibilidad de tecnología y capacitación de personal sería decisiva.

A diferencia de los no funcionarios, entre los funcionarios no había una percepción mayoritaria de que la provisión pública era superior para la capacitación de personal médico y de enfermería. Además, la mayoría de los funcionarios públicos, con y sin atención privada, percibían que el sistema privado era mejor en atención primaria y en visitas de especialistas, así como en rapidez de asistencia, información, contacto personal y comodidad.

Nuestro trabajo es el primero en investigar las percepciones sobre la sanidad y la satisfacción con ella de los funcionarios públicos en España, y su decisión para optar por la provisión privada. El cuerpo de funcionarios, incluso la minoría que ha optado por la sanidad pública, tiene una percepción más crítica sobre la sanidad pública que los no funcionarios (especialmente en trato personal, información, atención primaria y especialistas). Aunque las comparaciones en medidas de salud autopercibidas entre grupos sociales y demográficos diferentes deben hacerse con precaución²⁶, este resultado puede plantear un problema de conflicto de intereses. Los funcionarios públicos en España incluyen los que ocupan los

Tabla 3
Resultados de las regresiones logísticas, coeficiente (error estándar)

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 1	Modelo 2
	No funcionario		Funcionario	
<i>Tecnología</i>				
Privada	0,632 ^c (0,048)	-0,196 ^c (0,0743)	0,933 ^c (0,154)	0,339 (0,253)
Ambas	0,617 ^c (0,067)	-0,134 (0,094)	0,546 ^b (0,228)	0,405 (0,321)
<i>Capacitación médica</i>				
Privada	0,874 ^c (0,054)	-0,160 (0,114)	1,165 ^c (0,172)	0,717 ^a (0,376)
Ambas	0,858 ^c (0,052)	-0,144 (0,115)	0,791 ^c (0,169)	-0,00745 (0,362)
<i>Capacitación enfermería</i>				
Privada	0,960 ^c (0,054)	0,211 ^a (0,113)	0,963 ^c (0,169)	-0,567 (0,359)
Ambas	0,925 ^c (0,052)	0,215 ^a (0,115)	0,870 ^c (0,172)	0,400 (0,366)
<i>Rapidez</i>				
Privada	1,506 ^c (0,066)	0,201 ^a (0,105)	1,358 ^c (0,228)	0,351 (0,370)
Ambas	1,132 ^c (0,109)	-0,0518 (0,157)	0,772 ^c (0,368)	-0,103 (0,547)
<i>Información</i>				
Privada	1,320 ^c (0,054)	0,324 ^c (0,0967)	1,204 ^c (0,185)	-0,0299 (0,361)
Ambas	1,196 ^c (0,063)	0,160 (0,105)	0,791 ^c (0,218)	0,0505 (0,393)
<i>Trato personal</i>				
Privada	1,344 ^c (0,056)	0,162 (0,106)	1,289 ^c (0,198)	0,194 (0,393)
Ambas	1,447 ^c (0,067)	0,403 ^c (0,116)	0,833 ^c (0,239)	-0,118 (0,442)
<i>Confort</i>				
Privada	1,433 ^c (0,059)	0,148 (0,101)	1,379 ^c (0,213)	0,325 (0,342)
Ambas	1,331 ^c (0,085)	0,179 (0,131)	1,237 ^c (0,295)	0,502 (0,448)
<i>Atención primaria</i>				
Privada	1,062 ^c (0,046)	0,175 ^b (0,0703)	1,056 ^c (0,153)	0,346 (0,224)
Ambas	1,228 ^c (0,073)	0,407 ^c (0,110)	0,639 ^b (0,267)	0,189 (0,410)
<i>Especialista</i>				
Privada	1,330 ^c (0,051)	0,591 ^c (0,0791)	1,065 ^c (0,166)	0,0181 (0,258)
Ambas	1,185 ^c (0,076)	0,274 ^b (0,115)	0,407 (0,279)	-0,443 (0,437)
<i>Ingreso en hospital</i>				
Privada	1,213 ^c (0,471)	0,410 ^c (0,0791)	1,023 ^c (0,151)	0,0163 (0,269)
Ambas	1,350 ^c (0,072)	0,526 ^c (0,117)	0,501 ^b (0,245)	-0,127 (0,385)
<i>Urgencias</i>				
Privada	1,095 ^c (0,046)	0,133 ^a (0,0774)	1,064 ^c (0,148)	0,411 ^a (0,246)
Ambas	1,189 ^c (0,071)	0,326 ^c (0,116)	0,741 ^c (0,253)	0,478 (0,384)
<i>Comunidad autónoma</i>				
Andalucía		(ref.)		
Aragón		0,237 (0,153)		-0,969 ^b (0,472)
Asturias		-0,543 ^c (0,191)		-0,672 (0,552)
Baleares		1,512 ^c (0,122)		0,322 (0,454)

Tabla 3 (continuación)

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 1	Modelo 2
	No funcionario		Funcionario	
Canarias		0,139 (0,138)		-0,455 (0,443)
Cantabria		0,225 (0,148)		0,0507 (0,543)
Castilla-La Mancha		0,353 ^b (0,146)		0,0281 (0,444)
Castilla y León		-0,169 (0,149)		0,339 (0,419)
Cataluña		0,969 ^c (0,104)		0,0846 (0,368)
Valenciana		-0,114 (0,134)		0,731 ^a (0,415)
Extremadura		-1,107 ^c (0,225)		-0,396 (0,395)
Galicia		-0,0171 (0,144)		-0,0924 (0,422)
Madrid		1,124 ^c (0,107)		0,112 (0,341)
Murcia		-0,310 ^a (0,169)		1,428 ^c (0,526)
Navarra		-1,173 ^c (0,231)		0,198 (0,519)
País Vasco		0,501 ^c (0,128)		-0,464 (0,507)
La Rioja		-0,117 (0,166)		-0,801 (0,617)
Ceuta		0,207 (0,179)		1,143 ^a (0,614)
Melilla		0,0416 (0,199)		1,789 ^c (0,491)
<i>Sexo</i>				
Hombre		(ref.)		
Mujer		0,0131 (0,0507)		0,248 (0,174)
<i>Grupo de edad (años)</i>				
< 35		(ref.)		
35-45		0,356 ^c (0,0679)		0,136 (0,236)
45-65		0,563 ^c (0,0660)		-0,163 (0,225)
65-75		0,885 ^c (0,120)		-0,290 (0,405)
>75		0,995 ^c (0,142)		0,384 (0,490)
<i>Ocupación</i>				
Ocupado		(ref.)		
Desempleado		-0,518 ^c (0,0932)		0,468 (0,319)
Jubilado		-0,675 ^c (0,0734)		0,274 (0,300)
Otra		-0,145 (0,0901)		-0,131 (0,298)
<i>Cualificaciones</i>				
Educación superior		(ref.)		
Sin cualificación		-2,157 ^c (0,155)		-0,734 (0,568)
Básica		-1,448 ^c (0,0716)		-0,0391 (0,220)
Secundaria		-0,729 ^c (0,0606)		0,276 (0,202)
<i>Área metropolitana</i>				
No metropolitana		(ref.)		
Sí metropolitana		-0,164 ^b (0,0751)		0,642 ^b (0,319)
<i>Año</i>				
2004		(ref.)		
2009		0,464 ^c (0,0622)		-0,120 (0,183)

Tabla 3 (continuación)

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 1	Modelo 2
	No funcionario		Funcionario	
2014		–0,369 ^c (0,0693)		ND
Constante		–2,955 ^c (0,128)		–1,316 ^c (0,440)
Observaciones		19,303		850
Pseudo-R ²		0,203		0,160

Modelo 1: regresión simple, con una sola variable independiente e indicadores *dummy* del año (2009 o 2014). Modelo 2: regresión multivariante.

Privada: preferencia por la provisión privada; Ambas: indiferente entre provisión pública o privada.

Salud autopercibida: 1 = buena o muy buena; 0 = regular, mala o muy mala.

Enfermedades crónicas, alguna enfermedad crónica: 1 = sí; 0 = no.

Persona de referencia: preferencia por la provisión pública en todos los atributos y funciones, vivir en Andalucía, hombre, menor de 35 años de edad, ocupado, educación superior, vivir en una área no metropolitana.

ND: datos no disponibles.

^a Nivel de significación: 10%.

^b Nivel de significación: 5%.

^c Nivel de significación: 1%.

Tabla 4

Satisfacción, media (error estándar)

Variables	Coeficiente (error estándar)		
No funcionario	Sin seguro público	2004	(ref.)
No funcionario	Sin seguro público	2009	0,244 ^c (0,0367)
No funcionario	Sin seguro público	2014	0,0840 ^b (0,0374)
No funcionario	Con seguro público	2004	–0,424 ^c (0,0793)
No funcionario	Con seguro público	2009	–0,289 ^c (0,064)
No funcionario	Con seguro público	2014	–0,154 ^a (0,0807)
Funcionario	Sin seguro público	2004	–0,472 ^c (0,182)
Funcionario	Sin seguro público	2009	0,18 (0,133)
Funcionario	Sin seguro público	2014	ND
Funcionario	Con seguro público	2004	–0,416 ^c (0,136)
Funcionario	Con seguro público	2009	–0,333 ^c (0,109)
Funcionario	Con seguro público	2014	ND
<i>Comunidad autónoma</i>			
Andalucía (ref.)			
Aragón			
			0,456 ^c (0,0744)
			0,756 ^c (0,0761)
			0,236 ^c (0,0777)
			–0,653 ^c (0,0721)
			0,218 ^c (0,0803)
			0,254 ^c (0,0711)
			0,226 ^c (0,0679)
			–0,0665 (0,058)
			0,00984 (0,0617)
			–0,112 (0,0758)
			–0,408 ^c (0,0663)
			0,169 ^c (0,0608)

Tabla 4 (continuación)

Variables	Coeficiente (error estándar)
Murcia	0,092 (0,0747)
Navarra	0,913 ^c (0,0804)
País Vasco	0,646 ^c (0,0701)
La Rioja	0,629 ^c (0,0833)
Ceuta	–0,196 ^b (0,098)
Melilla	–0,343 ^c (0,0989)
<i>Sexo</i>	
Hombre	(ref.)
Mujer	–0,119 ^c (0,0274)
<i>Grupo de edad (años)</i>	
< 35	(ref.)
35–45	0,0664 ^a (0,0381)
45–65	0,171 ^c (0,0356)
65–75	0,610 ^c (0,0582)
>75	1,183 ^c (0,0656)
<i>Ocupación</i>	
Ocupado	(ref.)
Desempleado	0,0966 ^b (0,046)
Jubilado	0,00742 (0,0364)
Otra	0,213 ^c (0,049)
<i>Educación</i>	
Educación superior	(ref.)
Sin cualificación	0,0399 (0,0633)
Básica	–0,0814 ^b (0,0403)
Secundaria	–0,136 ^c (0,0374)
<i>Área metropolitana</i>	–0,0555 (0,0419)
Constante	6,004 ^c (0,0586)
Observaciones	21,245
R ² ajustado	0,086

Persona de referencia: no funcionario sin seguro privado en 2004, vivir en Andalucía, hombre, menor de 35 años, ocupado, educación superior, vivir en una área no metropolitana.

ND: datos no disponibles.

^a Nivel de significación: 10%.

^b Nivel de significación: 5%.

^c Nivel de significación: 1%.

puestos con mayor responsabilidad en la Administración pública, las Fuerzas Armadas, la Policía, el Poder Judicial y la educación. Casi la mitad de los diputados parlamentarios elegidos para los gobiernos regionales son miembros de una mutualidad de funcionarios²⁷. Pese a que los funcionarios parecen tener una opinión crítica sobre el servicio de salud pública, dos de cada tres optan por no utilizarlo, debilitando su experiencia personal con el sistema público y sus incentivos para mejorarlo. Por lo tanto, los incentivos privados para los funcionarios públicos en este caso parecen estar desajustados con los objetivos del sector público (su empleador) de proporcionar servicios eficientes y de alta calidad²⁸.

Los datos son de corte transversal, y aunque muchas preguntas son las mismas en las diversas oleadas de la encuesta, otras varían cada año. Esto supone una limitación de nuestro análisis, ya que la variable referente al tipo de seguro sanitario no está disponible en todas las oleadas y además la pregunta varía ligeramente entre los años en que se encuentra disponible. Sin embargo, no parece haber una gran discrepancia en los patrones de los coeficientes entre las oleadas. Hay relativamente pocos funcionarios en la muestra, y no existen datos sobre el seguro de salud para los funcionarios públicos en 2014. Además, no se ha podido controlar por el nivel de renta, una variable que parece ser determinante para contratar un seguro privado^{29,30}. Una limitación adicional de nuestros datos es que las personas con seguro privado tienen más experiencia de uso de la cobertura privada que aquellas sin seguro privado. Por lo tanto, los resultados deben ser interpretados como asociaciones más que como causa-efecto.

Un estudio previo⁵ también subrayó que los pacientes del sector público valoraban la capacitación de los profesionales de la salud, mientras que los pacientes del sector privado hicieron más hincapié en la capacidad de respuesta. Sin embargo, nuestro trabajo es el primero que ha identificado que, en un sistema sanitario universal, la mayoría de las personas aseguradas, tanto del sistema público como del privado, compartieron estas percepciones. Nuestro estudio destaca la información y el trato personal como atributos muy influyentes en la decisión de optar por el seguro privado. Los atributos «orientados al cliente» se consideran como derechos de los pacientes en el Servicio Nacional de Salud^{4,31}. Por lo tanto, es probable que estas percepciones y preocupaciones sobre el desempeño del sistema público de salud sean de interés para los formuladores de políticas sanitarias, y merecen una mayor investigación.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El sistema sanitario público tenía una valoración muy buena en atributos como tecnología y capacitación de los médicos, incluso por aquellos que eligieron un seguro privado, pero no tanto en características como la comodidad o la rapidez de respuesta.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Nuestro estudio muestra que los individuos se preocupan por otros atributos del sistema sanitario, como el trato personal y la información, y estos influyen en su decisión de contratar un seguro privado. Los funcionarios tienen una opinión más crítica del sistema sanitario público que los no funcionarios.

Editor responsable del artículo

David Cantarero.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

D. Jiménez Rubio se encargó del diseño del estudio y colaboró en el análisis de los datos y en la escritura de las sucesivas revisiones del artículo. D. Epstein realizó el análisis de los datos y la escritura de las diferentes versiones del artículo. La versión final ha sido aprobada para su publicación por las dos personas firmantes.

Agradecimientos

El autor y la autora agradecen los comentarios y sugerencias a una versión anterior de este trabajo por parte de los participantes en el VI Taller EvaluAES (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 10 marzo de 2017), así como a los miembros del grupo de investigación SEJ393 de la Universidad de Granada, y en particular a Ricard Meneu, José Sánchez, Ángeles Sánchez, Dolores Moreno, Juan de Dios Jiménez y Roberto Montero. También agradecen la valiosa ayuda técnica prestada por Manuel Correa y Juan David García.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (ECO2015-66553-R).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2018.03.009](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.009).

Bibliografía

1. OECD. Health at a glance 2017: OECD indicators. Health at a glance. Paris: OECD Publishing; 2017.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España, 2012. Madrid; 2012. Disponible en: www.msssi.gob.es
3. Costa J, García J. Demand for private health insurance: how important is the quality gap? *Health Econ.* Wiley Online Library. 2003;12:587-99.
4. Robone S, Rice N, Smith PC. Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis. *Health Serv Res.* 2011;46:2079-100.
5. Angelopoulou P, Kangis P, Babis G. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *Int J Health Care Qual Assur.* 1998;11:14-20.
6. Besley T, Hall J, Preston I. The demand for private health insurance: do waiting lists matter? *J Public Econ.* 1999;72:155-81.
7. Johar M, Jones G, Keane M, Savage E, Stavrunova O. Waiting times for elective surgery and the decision to buy private health insurance. *Health Econ.* 2011;20 Suppl 1:68-86.
8. Andaleeb SS, Siddiqui N, Khandakar S. Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy Plan.* 2007;22:263-73 (Consultado el 16/2/2018.) Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czm017>
9. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:117 (Consultado el 16/2/2018.) Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-117>
10. MSSSI. Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario. Madrid; 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm (Consultado el 07/07/2018).
11. Gouveia M. Majority rule and the public provision of a private good. *Public Choice.* 1997;93:221-44.
12. Stiglitz J. The demand for education in public and private school systems. *J Public Econ.* 1974;3:349-85.
13. Cutler D, Gruber J. Does public insurance crowd out private insurance? *Q J Econ.* 1996;111:391-430.

14. [Perreira KM, Crowd-in: the effect of private health insurance markets on the demand for Medicaid. *Health Serv Res.* 2006;41:1762–81.](#)
15. [Propper C. Constrained choice sets in the UK demand for private medical insurance. *J Public Econ.* 1993;51:287–307.](#)
16. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). Sanidad privada. Aportando valor. Análisis de situación 2016. Disponible en: https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/3-informe.analisis_situac_idis2016_pagina_web.pdf
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. The OECD Health Project Private Health Insurance in OECD Countries. Paris: OECD Publishing; 2004.
18. [Bünnings C, Tauchmann H. Who opts out of the statutory health insurance? A discrete time hazard model for Germany. *Health Econ.* 2014;24:1331–47.](#)
19. CEA. Private medical insurance in the European Union. Brussels; 2011. Disponible en: www.cea.eu
20. [Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ.* 2004;13:689–703.](#)
21. [Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance. *Health Econ.* 2007;202:185–202.](#)
22. [Robone S, Rice N, Smith PC. Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis. *Health Serv Res.* 2011;46:2079–100.](#)
23. [Gaul J. The return on education in Spain. *La Caixa Res Mon Rep.* 2014 \(Consultado el 23/2/2018\). Disponible en: <http://www.caixabankresearch.com/documents/10180/361154/29%2BFocus%2B9%2BINC%2B%257BENG%257D.pdf>](#)
24. [Gallo P, Gené-Badía J. Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy \(New York\).* 2013;113:1–7. Disponible en: \[http://www.healthpolicyjournal.com/article/S0168-8510\\(13\\)00178-4/fulltext\]\(http://www.healthpolicyjournal.com/article/S0168-8510\(13\)00178-4/fulltext\)](#)
25. [Tena Reiff S. Evolución de la opinión de los ciudadanos españoles sobre la salud y el Sistema Nacional de Salud. Un análisis del Barómetro del Sanitario del CIS. FES - Memoria del XII Congreso Español de Sociología. 2016. Disponible en: \[http://eprints.ucm.es/view/people/Tena_Reiff=3ASara=3A=3A.html\]\(http://eprints.ucm.es/view/people/Tena_Reiff=3ASara=3A=3A.html\)](#)
26. [Rice N, Robone S, Smith PC. International comparison of public sector performance: the use of anchoring vignettes to adjust self-reported data. *Evaluation.* 2010;16:81–101.](#)
27. [Freire J. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. En: *Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud.* Valencia; 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>](#)
28. [Iversen T. The effect of a private sector on the waiting time in a national health service. *J Health Econ.* 1997;16:381–96.](#)
29. [Costa-Font J, Jofre-Bonet M. Is there a "secession of the wealthy"? Private health insurance uptake and National Health System support. *Bull Econ Res.* 2008;60:265–87.](#)
30. [Sigüenza W, Mariel P. Determinantes del seguro médico privado y del uso de urgencias. *Rev Econ Apl.* 2015;23:5–38.](#)
31. [Salud. Carta de Derechos de la Ciudadanía. Junta de Andalucía; 2012. \(Consultado el 17/3/2017\). Disponible en: \[http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion.General/c.2.c.1.carta.de_derechos_y_deberes/Derechos\]\(http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion.General/c.2.c.1.carta.de_derechos_y_deberes/Derechos\)](#)