

Ignacio Riesgo

Las razones del posible proceso de desmontaje del modelo Muface están basadas en dos supuestos: unos ideológicos (a partir de la consideración de que es negativa la actividad privada en el servicio público sanitario y una idealización de la «uniformidad» del sistema) y también a la minimización del impacto de la incorporación de más de un millón de usuarios al sistema público. Como dice la ministra de Sanidad, solo representan el 2,5% de los asegurados, estamos preparados para que vengan. Lo que no dice es a dónde: a la ya dilatada lista de espera.

Fuera de ese enfoque ideológico, no ha habido una discusión desprejuiciada sobre las consecuencias de la desaparición del modelo Muface, en términos de costes, satisfacción de los pacientes, calidad, impacto en el sistema público, empleo, costes de la transición, etcétera.

Enrique de Porres, consejero delegado de Asisa, señala como uno de los problemas de la desaparición del modelo Muface la pérdida de un punto de referencia y comparación para el sistema público. Eso es así porque uno de los problemas de los sistemas nacionales de Salud basados en el modelo británico es que el actor principal es el Estado, con desaparición de las entidades intermedias, lo que conlleva la politización de cualquier problema, mayores dificultades para las reformas y ausencia de un elemento comparativo de referencia.

A la hora de actuar las empresas privadas en sanidad pueden hacerlo con dos enfoques, ambos legítimos y a veces compati-

bles, pero que responden a lógicas muy distintas. Una primera es la de identificar nichos rentables, en general con actuación esporádica y muy recortada (cirugía plástica, oftalmología, etc.). La otra es la ofrecer una prestación integral a todas las necesidades sanitarias de un colectivo, bien desde la perspectiva aseguradora o prestadora.

Es difícil, y es lo que demuestra la experiencia europea, ofrecer una asistencia integral sin la colaboración público/privada, ya que los costes de la prestación están tan al alza, que los colocan fuera del alcance de la mayoría de las economías individuales. Lo de la cobertura del 26% de la población por parte de las aseguradoras no deja de ser un espejismo, basado en lo siguiente: unas pólizas de bajo precio (en relación con los

niveles de las aseguradoras sanitarias europeas); la doble cobertura; la selección de riesgos; las tarifas muy bajas a los prestadores y profesionales; y la ausencia de una mínima seguridad financiera a largo plazo, lo que obliga a muchos jubilados a dejar el seguro privado, precisamente cuando más podrían necesitarlo, dado el crecimiento de la prima. A pesar de todo, por estas circunstancias, las aseguradoras ganan dinero con una prima más baja en el seguro duplicado, mientras que, con una prima significativamente más alta, se arruinan con Muface. Al decir esto no se está diciendo que los ciudadanos sean tontos y que paguen por algo sin valor. Lo que les ofrece las aseguradoras tiene para ellos mucho valor y no lo encuentran en el sistema sanitario público. Lo que

Opinión

## ¿Quo vadis, Muface?

► García dice que solo son el 2,5% de asegurados, estamos preparados para que vengan. No dice que a las ya dilatadas listas de espera.



EFE

La ministra de Sanidad, Mónica García

Sanidad siempre se desentendió del modelo Muface

Las aseguradoras también tienen su responsabilidad

no puede ser para la mayoría es un sistema alternativo.

Muface sí que es un sistema integral sustitutivo (en el sentido de que sustituye y no duplica o complementa al sistema público). Pero su modelo asistencial tiene varios problemas: carece de atención primaria; está basado en una oferta de medicina de especialidades; tiene una débil gestión de la utilización; y, muestra serias carencias en materia de gobernanza y transparencia. Por supuesto, la asignación de un médico primario a los asegurados es compatible con el acceso directo a los especialistas. Muchas

veces se compara las dimensiones del sistema Muface con una comunidad autónoma, pero la más opaca de las comunidades autónomas (no hablemos de las muy transparentes, como Cataluña o Madrid) dan mucha más información que el sistema Muface (en términos de actividad, calidad, resultados asistenciales, etc.). Lo que puede ser válido para un sistema duplicado no lo es para uno sustitutivo.

Naturalmente, el primer responsable de esta situación es la Administración, a quién corresponde la regulación y la elaboración de los pliegos de los concursos, y por haber dejado esta labor a administraciones no especializadas y totalmente ignorantes de las complejidades de los sistemas sanitarios (Ministerios de Administraciones Públicas, Justicia, Defensa). El Ministerio de Sanidad siempre se desentendió del modelo Muface, por lo tanto de la suerte de más de un millón de ciudadanos (excepto en el período de Julián García Vargas, gracias a cuya intervención se garantizó la viabilidad del sistema). También las aseguradoras

tienen su responsabilidad, por pensar sin mayor reflexión que era extrapolable el modelo prestacional de un sistema duplicado a otro sustitutivo como es Muface.

¿Cómo se sale de este embrollo? Difícil de saber. Lo que es seguro es que un Sistema Nacional de Salud «unificado», sin modelo Muface, frente a lo que algunos dicen, no es un sistema mejor, sino, probablemente, más caro, con más insatisfacción de los pacientes y con más dificultades para la reforma.

Sería una pérdida para el país el que las aseguradoras sanitarias dejaran de estar comprometidas con el servicio público sanitario.