

ORIGINALES

# Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?

Josep Fusté / Elisa Séculi / Pilar Brugulat / Antonia Medina / Salvi Juncà  
Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

(Public healthcare coverage versus double healthcare coverage: what are the differences?)

## Resumen

**Objetivo:** Conocer las diferencias en las características socioeconómicas, el estado de salud, la utilización de servicios y la satisfacción con éstos entre la población catalana que dispone únicamente de aseguramiento sanitario público y la que tiene doble cobertura de aseguramiento.

**Métodos:** Datos de la Encuesta de Salud de Cataluña 2002 con entrevista a 8.400 personas. Entre los individuos que tenían cobertura pública de servicios sanitarios, se han diferenciado los que también tenían cobertura por entidades de aseguramiento libre. Se aplica un modelo de análisis multivariable de regresión logística.

**Resultados:** El 99,2% de la población manifiesta disponer de cobertura sanitaria pública y un 24,7% estar además afiliada a una mutua voluntaria o aseguradora privada. La población con doble cobertura se caracteriza por ser más joven, tener mayor nivel de estudios, pertenecer a clases sociales más favorecidas, declarar mejor estado de salud percibido, menos enfermedades crónicas y discapacidades. El porcentaje de personas que han acudido a algún profesional sanitario los últimos 15 días no muestra diferencias estadísticamente significativas, pero sí se observan según el tipo de profesional; en la población sin doble cobertura, la última visita corresponde, en el 65,0% de los casos, a atención primaria, mientras que en el grupo con doble cobertura, el 51,1% corresponde a atención especializada. El porcentaje de personas satisfechas o muy satisfechas con la última visita es superior en el grupo con doble cobertura en relación con el trato profesional, el tiempo de espera y los trámites burocráticos.

**Conclusiones:** Se constatan perfiles sociodemográficos y de salud diferentes entre las poblaciones con cobertura pública únicamente y con doble cobertura. Se observa un patrón distinto de utilización de servicios.

**Palabras clave:** Aseguramiento sanitario. Doble cobertura. Utilización de servicios. Cataluña.

## Abstract

**Objective:** To identify differences in socioeconomic characteristics, health status, health services' utilization, and satisfaction with health services between the population with public healthcare coverage only and the population with double healthcare coverage through additional affiliation to mutual or private health insurance companies.

**Methods:** Data from the 2002 Catalan Health Interview Survey with interviews to 8,400 individuals were used. Individuals with public healthcare insurance were differentiated from those who also had private health insurance. Multivariate logistic regression analysis was used.

**Results:** A total of 99.2% of the population reported public healthcare coverage and 24.7% also had voluntary mutual or private insurance. Individuals with double coverage were younger, had a high level of education, belonged to advantaged classes, and reported better self-perceived health and fewer chronic diseases and disabilities. No significant differences in the percentage of individuals who reported visiting a health professional in the previous 15 days were observed. Significant differences in the type of professional visited were observed: 65% of individuals with public healthcare coverage only visited primary care settings but 51.1% of those with double coverage visited specialists. The proportion of persons reporting that they were satisfied or very satisfied with professional attitudes, waiting times and administrative procedures was higher in the double coverage group.

**Conclusions:** Distinct sociodemographic and health profiles were found between persons with public coverage only and those with double coverage. Health services' utilization also differed between the two groups.

**Key words:** Healthcare coverage. Double healthcare coverage. Health services. Catalonia.

**Correspondencia:** Josep Fusté Sugañes. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Servei Català de la Salut. Travessera de les Corts, 131, Edif. Olímpia. 08028 Barcelona. España.  
Correo electrónico: [jfuste@catsalut.net](mailto:jfuste@catsalut.net)

**Recibido:** 18 de mayo de 2004. **Aceptado:** 29 de octubre de 2004.

## Introducción

**E**n Cataluña, históricamente ha habido una fuerte implantación del aseguramiento privado. En la actualidad, el sistema sanitario público cubre la casi totalidad de la población. Aparte de la cobertura universal, cerca del 25% de la población tiene además suscrita una póliza con entidades de aseguramiento libre (ESL), que agrupan entidades mercantiles y mutuas de previsión social, cuyos ingresos por primas ascendieron a 635 millones de euros en el año 2002<sup>1</sup>. En España, la proporción de personas con cobertura sanitaria privada, concertada individualmente o través de la empresa, es inferior a la de Cataluña, y se sitúa en el 10,3%<sup>2</sup>.

La doble cobertura (DC) es un hecho relevante en el sistema sanitario catalán, que permite la utilización de los servicios públicos y, a la vez, los que ofrecen las ESL según las preferencias y necesidades de los usuarios en cada momento, por lo que la cobertura privada actúa como suplementaria de la pública<sup>3</sup>. La DC es importante tanto para los servicios sanitarios privados, que pueden tener una clientela y una gran cantidad de recursos económicos garantizados, como para los servicios públicos, que ven así aligerada su carga asistencial<sup>4</sup>.

El objetivo de este trabajo es conocer las diferencias en las características socioeconómicas, el estado de salud, la utilización de servicios y la satisfacción entre la población que dispone únicamente de aseguramiento sanitario público y la que tiene doble cobertura de aseguramiento mediante la afiliación adicional voluntaria a entidades mercantiles y mutuas de previsión social.

## Métodos

La información procede de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2002<sup>5</sup>. Se seleccionó a 8.400 personas, representativas de la población no institucionalizada residente en Cataluña, mediante un diseño muestral llevado a cabo en 2 etapas. Para cada una de las 8 regiones sanitarias de Cataluña se escogieron, en primer lugar, los municipios y, posteriormente, en cada uno de ellos, las personas objeto de la entrevista. Para este trabajo se han seleccionado los casos de personas que tenían cobertura de servicios sanitarios públicos (8.329), entre los cuales se han distinguido los que también tenían cobertura por ESL. No se han incluido los 53 individuos que declararon estar afiliados a una mutua obligatoria y no tener cobertura de servicios sanitarios públicos. Para la comparación se ha utilizado la prueba de la  $\chi^2$  y se han analizado las distribuciones porcentuales para las distintas variables: edad, sexo, nivel

de estudios, clase social<sup>6</sup>, autopercepción del estado de salud, enfermedades crónicas, discapacidades y nivel de satisfacción con la última visita. Se han estimado las *odds ratio* (OR) mediante un modelo de regresión logística múltiple<sup>7</sup>.

## Resultados

El 99,2% de la población manifiesta tener derecho a la asistencia sanitaria pública y el 24,7% declara estar además afiliada a una ESL. Entre la población que tiene únicamente cobertura pública (CUP) el 48,1% son varones y el 51,9%, mujeres, y entre la población con DC el 50,6% son varones y el 49,4%, mujeres. En cuanto a la edad, en la población con DC se observa una mayor proporción de los grupos entre 15 y 64 años, mientras que a partir de esa edad se invierten las proporciones y aparecen las diferencias más relevantes (tabla 1). El 48,2% de la población con DC tiene estudios de bachillerato, formación profesional o universitaria, mientras que en la población con CUP este nivel de estudios corresponde al 28,2%. En relación con la clase social según la ocupación, las clases más favorecidas (I, II y III) representan el 65,0% en la población con DC, y en la población con CUP sólo el 36,5%. El porcentaje de población que declara que su estado de salud percibido es excelente, muy bueno o bueno es superior en el grupo DC (tabla 1). La prevalencia declarada de trastornos crónicos (fig. 1) es superior en el grupo con CUP para la hipertensión arterial, la artrosis, el dolor de espalda, las varices, la bronquitis crónica y la diabetes mellitus, así como para las discapacidades estudiadas (fig. 2). El 53,3% (intervalo de confianza [IC] del 95%,  $\pm 2,3$ ) de la población con DC declara un consumo de alcohol moderado, y en el grupo con CUP esta proporción es del 44,2% (IC del 95%,  $\pm 1,3$ ). La población con DC manifiesta ser sedentaria o mínimamente activa en un 35,2% (IC del 95%,  $\pm 2,3$ ) frente al 40,0% (IC del 95%,  $\pm 1,3$ ) de la población con CUP.

En cuanto a la utilización de servicios medida según el porcentaje de población que ha sido visitada en el último año, la proporción de personas mayores de 14 años que han acudido el último año al médico general es superior en el grupo CUP. En cambio, la proporción de personas visitadas el último año por médicos especialistas es, en general, superior en la población con DC, donde destacan las diferencias respecto a odontología, oftalmología y ginecología. La proporción de mujeres mayores de 14 años que han acudido al ginecólogo el último año es del 59,0% en el grupo DC y del 41,8% en el grupo CUP.

La ESCA incluye una serie de preguntas más detalladas sobre la utilización de servicios sanitarios (referidas a haber sido visitado en los últimos 15 días). El

Fusté J, et al. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?

**Tabla 1. Características sociodemográficas, estado de salud percibido y utilización de servicios de la población, según la cobertura de aseguramiento sanitario (Encuesta de Salud de Cataluña 2002)**

Variables	CUP (n = 6.268)		DC (n = 2.058)	
	%	IC del 95%	%	IC del 95%
<b>Sexo</b>				
Varón	48,1	± 1,2	50,6	± 2,2
Mujer	51,9	± 1,2	49,4	± 2,2
<b>Edad (años)</b>				
0-14	14,7	± 0,9	14,3	± 1,5
15-44	44,9	± 1,2	48,6	± 2,2
45-64	22,8	± 1,0	24,6	± 1,9
> 64	17,5	± 0,9	12,6	± 1,4
<b>Nivel de estudios</b>				
No sabe leer ni escribir	2,6	± 0,4	0,3	± 0,2
Enseñanza primaria incompleta	13,1	± 0,8	5,4	± 1,0
Enseñanza primaria completa y primera etapa de secundaria	44,2	± 1,2	34,5	± 2,1
BUP, FP grado medio y superior	20,6	± 1,0	28,5	± 1,9
Estudios universitarios	7,6	± 0,7	19,7	± 1,7
Otros estudios sin especificar	0,2	± 0,1	0,1	± 0,1
Menores no escolarizados	11,7	± 0,8	11,5	± 1,4
<b>Clase social<sup>a</sup></b>				
I	6,8	± 0,6	21,7	± 1,8
II	8,0	± 0,7	14,5	± 1,5
III	21,7	± 1,0	28,8	± 2,0
IVa	39,3	± 1,2	22,2	± 1,8
IVb	12,3	± 0,8	8,3	± 1,2
V	10,6	± 0,8	3,4	± 0,8
VI Otros	1,3	± 0,3	1,3	± 0,5
<b>Estado de salud percibido</b>				
Excelente, bueno o muy bueno	76,0	± 1,1	85,5	± 1,5
Regular	19,3	± 1,0	11,4	± 1,4
Malo	4,8	± 0,5	3,1	± 0,7
<b>Utilización de servicios en los últimos 12 meses</b>				
Visita al médico general (> 14 años) <sup>b</sup>	75,1	± 1,2	66,6	± 2,2
Visita al pediatra (< 15 años) <sup>c</sup>	77,8	± 2,7	81,6	± 4,4
Visita al oftalmólogo	27,1	± 1,1	32,6	± 2,0
Visita al odontólogo	32,0	± 1,2	41,0	± 2,1
Visita al ginecólogo (mujeres > 14 años) <sup>d</sup>	41,8	± 1,8	59,0	± 3,3
Hospitalización	8,9	± 0,7	9,6	± 1,3

IC: intervalo de confianza; CUP: población que tiene únicamente cobertura pública; DC: población con doble cobertura.

<sup>a</sup>Grupo I: directivos/as de la Administración pública y de empresas de 10 asalariados/das o más; profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario. Grupo II: directivos/as de empresas con menos de 10 asalariados/as; profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario; artistas y deportistas. Grupo III: trabajadores/as de tipo administrativo, trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad, trabajadores/as por cuenta propia, supervisores/as de trabajadores/as manuales. Grupo IVa: trabajadores/as manuales cualificados/as. Grupo IVb: trabajadores/as manuales semicualificados/as. Grupo V: trabajadores/as no cualificados/as.

<sup>b</sup>CUP (n = 5.339); DC (n = 1.758). <sup>c</sup>CUP (n = 924); DC (n = 294). <sup>d</sup>CUP (n = 2.803); DC (n = 865).

porcentaje de personas que han acudido a algún profesional sanitario los últimos 15 días no muestra diferencias estadísticamente significativas (CUP, 18,9% [IC del 95%, ± 1,0]; DC, 19,6% [IC del 95%, ± 1,7]); en cambio, se observan ciertas diferencias según el tipo de profesional: en el grupo CUP el 65,0% de las personas visitadas los últimos 15 días corresponde a la atención primaria (medicina general, pediatría y enfermería), mientras que en el grupo DC, el 51,1% corresponde a la atención especializada (fig. 3). En cuanto a la adscripción del profesional al que se ha acudido en la última visita, éste pertenecía a los servicios sanitarios públicos en el 86,8% de los casos del grupo CUP y en el 42,9% del grupo DC.

En cuanto a la hospitalización durante el último año, no se observan diferencias entre los 2 grupos poblacionales (tabla 1). El porcentaje de población que ha realizado alguna consulta telefónica a un profesional sanitario en los últimos 15 días es significativamente más elevado en la población con DC (CUP, 3,7% [IC del 95%, ± 0,5]; DC, 5,9% [IC del 95%, ± 1,0]),

El porcentaje de personas satisfechas o muy satisfechas con la última visita es superior en el grupo con DC en relación con el trato profesional, el tiempo de espera y los trámites burocráticos (tabla 2). A pesar de que las diferencias no son estadísticamente significativas cuando analizamos la satisfacción con la última visita si ésta se ha producido en los servicios sanitarios públicos, el porcentaje de personas muy satisfechas o satisfechas también es superior en el grupo DC. En cuanto a la última hospitalización no aparecen diferencias significativas (tabla 2).

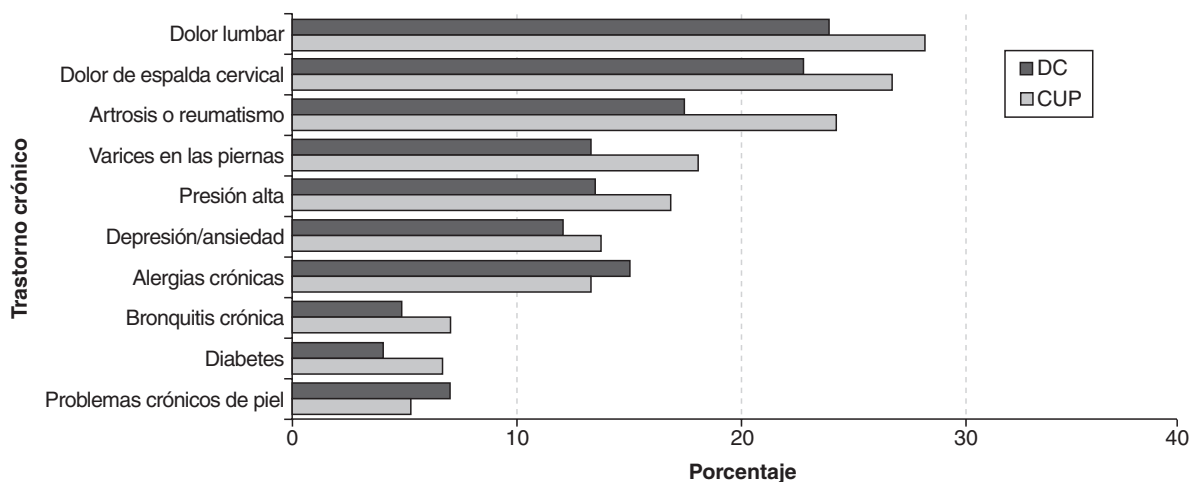
Sobre la utilización de los servicios se ha aplicado el análisis multivariado, para contrastar si la variable DC, respecto a CUP, se comportaba como factor explicativo de la utilización de servicios ajustada por edad, clase social y estado de salud percibido. Para ello, se han escogido como variables dependientes el haber sido visitado o no en los últimos 12 meses por el médico general y, en el caso de las mujeres, el ginecólogo, al ser 2 tipos de consultas en las que se han encontrado diferencias significativas entre los grupos CUP y DC en el análisis bivariado. La variable DC se muestra significativa, con una OR de 0,81 respecto a haber sido visitado por el médico general. En el caso de la visita al ginecólogo, la OR para DC es de 1,76 (tabla 3).

## Discusión

Al comparar los resultados, en cuanto a la afiliación a una ESL, con los obtenidos en la ESCA del año 1994<sup>8</sup> (el 20,9% disponía de DC) se observa un incremento estadísticamente significativo de la población que dispone de DC.

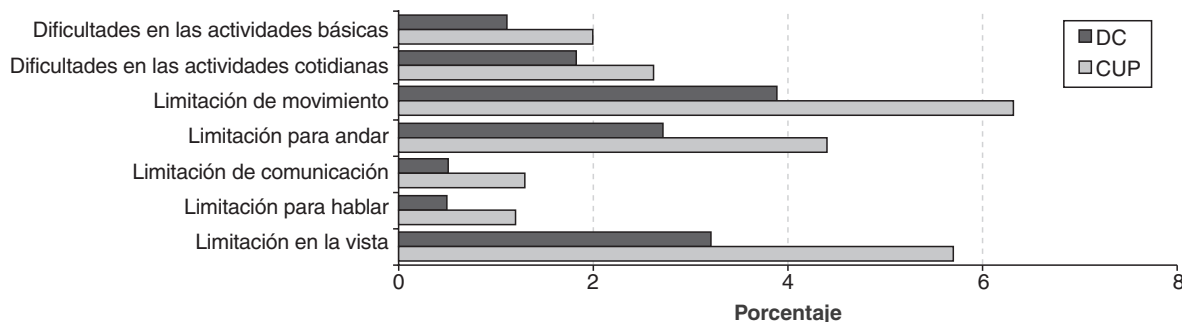
Fusté J, et al. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?

**Figura 1. Población que tiene únicamente cobertura pública (CUP) y la que tiene doble cobertura (DC) de aseguramiento sanitario, según los principales trastornos crónicos que declara presentar (Encuesta de Salud de Cataluña 2002).**



DC: doble cobertura; CUP: únicamente cobertura pública.

**Figura 2. Población que tiene únicamente cobertura pública (CUP) y la que tiene doble cobertura (DC) de aseguramiento sanitario, según las discapacidades más frecuentemente declaradas (Encuesta de Salud de Cataluña 2002).**



DC: doble cobertura; CUP: únicamente cobertura pública.

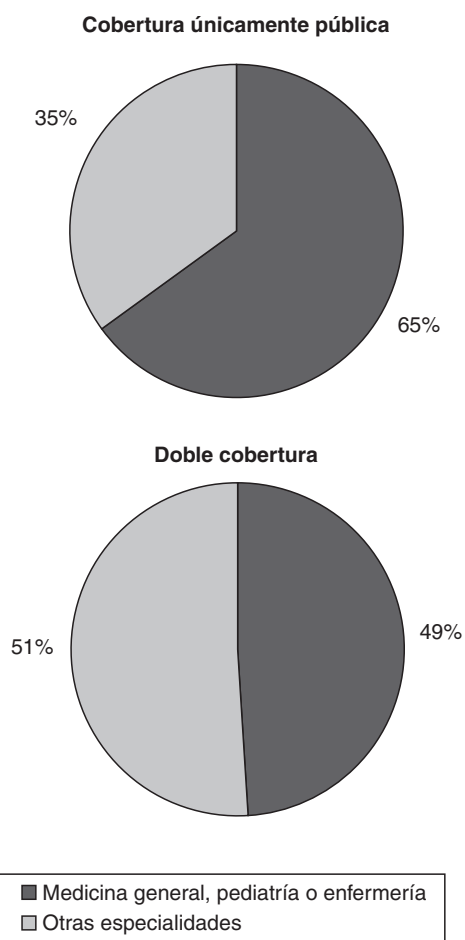
El análisis de los datos de la ESCA 2002 muestra perfiles sociodemográficos y de salud diferentes entre las poblaciones con CUP y con DC. La población con DC se caracteriza por ser más joven, tener un nivel de estudios más elevado, pertenecer a clases sociales más favorecidas, declarar mejor percepción del estado de salud y menos enfermedades crónicas y discapacidades.

Los resultados obtenidos muestran similitudes respecto a otros trabajos. Se ha descrito una asociación positiva entre un nivel de estudios más alto y/o niveles de renta elevados y una mayor probabilidad de contratar un seguro privado<sup>9-12</sup>. En relación con el estado de salud, se argumenta que un mayor riesgo de enfermar aumenta la probabilidad de tener únicamente un seguro público, ya que si la expectativa de utilización es elevada,

dado un mismo nivel de renta, los usuarios se acogen a este tipo de seguro, entre otras razones porque no hay selección de prestaciones<sup>13</sup>. En nuestro ámbito éste podría ser el caso de las personas de mayor edad que disponen sólo de CUP. Cabe considerar también que el aumento de las primas que a menudo practican las aseguradoras privadas al incrementarse la edad y/o la morbilidad es un importante factor para decidir abandonar el aseguramiento privado. Otro enfoque en relación con el coste de las primas estaría relacionado con la denominada «selección adversa», según la cual los usuarios que contratan seguros privados serán probablemente una muestra sesgada (adversa) de la población compuesta principalmente por individuos de alto riesgo, ya que los de bajo riesgo dejan el seguro porque la prima media es más costosa de la que corres-

Fusté J, et al. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?

**Figura 3. Tipo de profesional al que ha acudido la población que ha utilizado los servicios sanitarios los últimos 15 días (Encuesta de Salud de Cataluña 2002).**



ponderaría a su propia prima, considerando el probable bajo consumo de este grupo<sup>3</sup>. Este fenómeno no se observa en nuestro trabajo, ya que la población con DC declara mejor estado de salud que la que sólo dispone de CUP.

En relación con la utilización de los servicios sanitarios, se constata un patrón diferente entre los grupos estudiados que no es significativo en las tasas de utilización, pero sí en el tipo de profesional al que se ha acudido, con una mayor preferencia hacia la atención especializada en el grupo con DC. Este hecho puede estar condicionado por las diferentes características de la oferta y los circuitos de acceso a los profesionales, ya que los usuarios que disponen de seguro sanitario privado pueden fácilmente acudir a un médico especialista sin autorización del médico general ni lista de espera, mientras que en la asistencia pública es ne-

**Tabla 2. Satisfacción respecto a los servicios sanitarios utilizados según la cobertura de aseguramiento sanitario (Encuesta de Salud de Cataluña 2002)**

	CUP		DC	
	%	IC del 95%	%	IC del 95%
Satisfacción (muy satisfechos o satisfechos) respecto a los servicios sanitarios públicos o privados <sup>a</sup>				
<i>Visita en los últimos 15 días</i>				
Trato profesional	92,2	± 1,7	96,6	± 2,0
Opinión sobre las explicaciones	89,1	± 2,0	93,2	± 2,8
Tiempo de espera	71,9	± 2,9	81,6	± 4,2
Tiempo de la consulta	88,1	± 2,1	91,9	± 3,0
Opinión sobre los trámites burocráticos	81,2	± 2,5	88,0	± 3,6
Opinión sobre el horario	89,5	± 2,0	92,1	± 3,0
<i>Hospitalización en los últimos 12 meses</i>				
Competencia profesional	94,1	± 2,1	94,0	± 3,6
Trato de los médicos	96,2	± 1,7	95,2	± 3,2
Trato del personal de enfermería	95,8	± 1,8	94,7	± 3,4
Calidad de la comida	80,4	± 3,6	88,9	± 4,8
Bienestar	90,7	± 2,6	94,6	± 3,5
Satisfacción (muy satisfechos o satisfechos) respecto a los servicios sanitarios públicos <sup>b</sup>				
<i>Visita en los últimos 15 días</i>				
Trato profesional	91,4	± 1,9	94,6	± 3,6
Opinión sobre las explicaciones	88,0	± 2,2	90,4	± 4,8
Tiempo de espera	69,6	± 3,1	72,8	± 7,2
Tiempo de la consulta	86,6	± 2,3	85,0	± 5,8
Opinión sobre los trámites burocráticos	79,1	± 2,8	79,5	± 6,6
Opinión sobre el horario	88,5	± 2,2	86,3	± 5,6

IC: intervalo de confianza; CUP: población que tiene únicamente cobertura pública; DC: población con doble cobertura.

<sup>a</sup>Opinión de los usuarios sobre la última atención recibida, independientemente de que sean servicios asistenciales públicos o privados.

<sup>b</sup>Opinión de los usuarios sobre la última atención recibida en los servicios asistenciales públicos.

cesario, en la mayoría de los casos, realizar una visita previa al médico general. También se ha constatado el hecho de que tener DC no condiciona significativamente la probabilidad de haber sido visitado por algún profesional sanitario, pero sí se asocia con una mayor probabilidad de haber sido visitado por algún especialista<sup>10</sup>. En la Encuesta Nacional de Salud de España de 1997, para la población con CUP se halló que la probabilidad de visitar al médico general era 2,9 veces mayor que visitar al especialista, mientras que en la población con DC la razón fue de 1,4 visitas al médico general por cada visita realizada al especialista<sup>12</sup>.

La sustitución entre atención primaria y especializada puede interpretarse de distinto modo. Si bien po-

Fusté J, et al. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?

**Tabla 3. Odds ratio (OR) de la visita al médico general y el ginecólogo en los últimos 12 meses. Modelo de regresión logística múltiple**

Variables	OR (IC del 95%)	
	Visita al médico general (sí = 1; no = 0)	Visita al ginecólogo (sí = 1; no = 0)
Doble cobertura (referencia: sin doble cobertura)	0,81 (0,71-0,92)	1,76 (1,48-2,09)
Percepción de salud (referencia: excelente/muy buena)		
Buena	1,60 (1,41-1,81)	1,19 (0,99-1,41)
Regular/mala	4,10 (3,36-4,98)	1,55 (1,25-1,92)
Clase social <sup>a</sup> (referencia: grupo I)		
Grupo II	1,03 (0,81-1,30)	0,70 (0,51-0,97)
Grupo III	1,22 (1,00-1,49)	0,81 (0,62-1,07)
Grupo IVa	1,45 (1,19-1,76)	0,66 (0,50-0,86)
Grupo IVb	1,27 (1,00-1,60)	0,59 (0,43-0,81)
Grupo V	1,66 (1,27-2,16)	0,55 (0,39-0,78)
Grupo VI Otros	1,87 (1,06-3,30)	0,69 (0,36-1,31)
Sexo (referencia: varón)		
Mujer	1,30 (1,16-1,45)	
Edad (continua)	1,01 (1,01-1,01)	
Grupo de edad, años (referencia: 15-44)		
45-64		1,28 (1,09-1,52)
> 64		0,21 (0,17-0,26)
Número de observaciones	6.789	3.413
Hosmer-Lemeshow $\chi^2$	12,217	3,068
p	0,142	0,930

IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup>Grupo I: directivos/as de la Administración pública y de empresas de 10 asalariados/as o más; profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario. Grupo II: directivos/as de empresas con menos de 10 asalariados/as; profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario; artistas y deportistas. Grupo III: trabajadores/as de tipo administrativo, trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad, trabajadores/as por cuenta propia, supervisores/as de trabajadores/as manuales. Grupo IVa: trabajadores/as manuales cualificados/as. Grupo IVb: trabajadores/as manuales semicualificados/as. Grupo V: trabajadores/as no cualificados/as.

dría ser indicativo de niveles más eficientes de resolución en la atención primaria en el grupo con CUP, también podría estar relacionado con la posible falta de cobertura de ciertas necesidades<sup>14,15</sup>, como la atención odontológica, con una cartera limitada en la atención sanitaria pública, o por una mayor inducción de la demanda de atención especializada en el grupo con DC. En relación con la atención especializada en el ámbito público, a pesar de la opinión de que ésta es de alta calidad en los centros hospitalarios, los ciudadanos valoran negativamente la atención especializada de los centros que prestan únicamente atención ambulatoria<sup>16</sup>.

De la misma forma que se pone de manifiesto en otros estudios y países<sup>3</sup>, en nuestro trabajo se observa que la población con cobertura de asistencia sani-

taria pública que ha optado por estar además afiliada a una ESL también hace uso de los servicios sanitarios públicos en una proporción nada despreciable. Este hecho es indicativo de que las personas con DC hacen prevalecer su capacidad de elección más que la exclusividad en la utilización de un tipo de servicios y, en muchos casos, los servicios sanitarios públicos son percibidos como la mejor opción.

La satisfacción con la última visita es ligeramente superior en el grupo con DC, con diferencias significativas respecto al tiempo de espera, el trato profesional y los trámites burocráticos. Estos aspectos, junto con la capacidad de elección, son los señalados por diversos autores como los componentes de calidad que diferenciarían los servicios privados de los públicos<sup>3,9,16</sup> y actuarían como incentivo para suscribir pólizas de seguros privados, sobre todo en los grupos de población que suelen exigir una satisfacción más inmediata a sus demandas.

#### Agradecimientos

A Marisol Rodríguez, por los comentarios y aportaciones a este trabajo.

#### Bibliografía

1. Assegurança lliure. Memòria d'Entitats 2002. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002.
2. Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública; 2001.
3. Rodríguez M. El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. *Gac Sanit.* 2001;15:527-37.
4. Bohigas L. La complementarietat entre l'assegurança pública i la privada. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Servei Català de la Salut.* 1995;26:15-8.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 2002. Tabulació de resultats. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2004. Disponible en: [http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/toc\\_pla.htm](http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/toc_pla.htm)
6. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria.* 2000;25:350-63.
7. Hosmer DW, Lemeshow S, editors. *Applied Logistic regression.* New York: John Wiley & Sons; 1989.
8. Enquesta de salut de Catalunya. Els catalans parlen de la seva salut. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1998.
9. Costa J, García J. Cautividad y demanda de seguros sanitarios privados. *Cuadernos Económicos de ICE.* 2002;66: 71-87.
10. Vera-Hernández AM. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics.* 1999; 8:579-98.

Fusté J, et al. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?

11. González Y. La demanda de seguros sanitarios. *Rev Econ Aplicada*. 1995;8:111-42.
12. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/Especialist and public/private provider in Spain. *Health Economics*. 2004;13:689-703.
13. Sapelli S, Torche A. The mandatory Health Insurance System in Chile: explaining the choice between public and private insurance. In *J Health Care Finance Econ*. 2001;1:97-110.
14. Rajmil L, Borrell C, Starfield B, Fernández E, Serra V, Schiaffino A, et al. The quality of care influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child*. 2000;83:211-4.
15. Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J for Quality in Health Care*. 2001;2:117-25.
16. Institut d'Estudis de la Salut. Els ciutadans i les professions sanitàries. Cap a un nou contracte social. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2003.