

ramiento sanitario privado y la experiencia liberal anglosajona. *Revista de Administración Sanitaria* 1998;Vol 2,8:13-32.

13. Carrasquillo O, Himmelstein DU, Woolhandler S, Bor DH. *A Reappraisal Of Private Employers' Role in Providing Health Insurance*. *NEJM* 1999;340:109-14.

14. Kirkman-Liff B The United States. En Ham C (edit) *Healthcare Reform, learning from international experience*. Open University Press, 1997.

15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Consolidación y moderni-*

*zación del Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo Parlamentario del 18 de diciembre de 1997)*. Secretaría General Técnica. Madrid, 1998.

16. Para un análisis del texto y toda la discusión y citas que sigue ver, Freire JM. *Comentarios a propósito del Documento de la Subcomisión parlamentaria para la reforma del SNS español*. *Revista de Administración Sanitaria*, 1998;2(5):23-50.

17. NERA (National Economic Research Associates). *The Economics of Health Care Reforms: A Prototype*. Vol 2, London 1993.

---

---

## Seguros sanitarios colectivos y desgravación fiscal

P. Ibern

National Economic Research Associates (NERA). Barcelona. Universitat Pompeu Fabra.

---

---

Una gran mayoría de ciudadanos consideran que el impacto de la ciencia económica para influir en la política es extraordinario en la actualidad. Sin embargo, para muchos economistas la situación es exactamente la opuesta, creen que los políticos olvidan a menudo las prescripciones de la teoría económica. Los políticos, por su parte, argumentan que hay dificultades prácticas para implantar políticas que sobre la pizarra se demuestran que mejoran la eficiencia y equidad.

La existencia de seguros obligatorios para la asistencia sanitaria en Europa es un ejemplo de cómo los desarrollos de la economía y las decisiones políticas han confluído pero hay otros ámbitos donde no ha sido así. En un mercado de seguros sanitarios privados, oferta y demanda no consiguen necesariamente el equilibrio. El fenómeno de la selección adversa, propio de los mercados de seguro, propicia que los individuos más enfermos aprovechen la información a su favor y tengan mayor propensión a contratarlos.

Veamos el efecto de la selección adversa en un ejemplo sencillo. Supongamos una sociedad con tan sólo tres personas que desean seguros privados: Juan, Jaime y José. Juan tiene buena salud y espera gastar al año en asistencia sanitaria tan sólo 20.000 Ptas., mientras que José está más enfermo y espera gastar 180.000 Ptas. Jaime en cambio, espera gastar la media, unas 100.000 Ptas. Cada uno de ellos conoce mejor su nivel de salud que la aseguradora con la que pueden contratar una póliza. La aseguradora situará el precio por encima de 100.000 Ptas. para obtener beneficios y cubrir sus costes administrativos, por ejemplo en 115.000 Ptas. A este precio si los tres compran la póliza, la aseguradora obtendría beneficios. Sin embargo, es previ-

sible que Juan no compre, porque desde su perspectiva es excesivamente cara y le resulta más pagar directamente de su bolsillo. Sólo quedan dos compradores y la aseguradora perderá dinero. La aseguradora, anticipando esta situación, aumentará el precio para los dos restantes, por ejemplo situándolo en 150.000 Ptas, entonces Jaime no comprará. Quedará José como solo comprador, que al final comparando la decisión de auto-seguro con la de contratar la póliza, le resultará más rentable cubrir directamente los costes. El resultado es que el mercado se diluye antes de crearse.

A pesar de que hay mecanismos para atenuar la selección adversa, sólo la obligatoriedad de aseguramiento permite que la totalidad de la población consiga cobertura financiera de la asistencia sanitaria. Se trata de una mejora sensible a partir del poder coercitivo del Estado y que los mercados por sí solos no pueden resolver. Pero de la obligatoriedad de asegurar al conjunto de ciudadanos de un país no se deduce que la financiación de estos seguros deba ser mediante la fiscalidad general o las cotizaciones sociales.

La universalización de la cobertura sanitaria a la población con fondos públicos es una forma de seguro implícito a nivel social. Los ciudadanos no son conscientes a menudo de que el Estado asume el papel de una gran aseguradora y la propia Administración Pública presta mayor atención a la prestación de servicios a la población que a la función aseguradora que también ejerce. Ahora bien, si toda la población ya dispone de seguro obligatorio, ¿cuál es el motivo para poder desgravar fiscalmente los seguros sanitarios privados adquiridos por las empresas?

## Sobre los efectos previsibles

La introducción de la desgravación fiscal en seguros privados colectivos adquiridos a través de empresas ha sido una novedad en la nueva regulación del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas que será efectiva a partir de 1999. Esto ha sucedido al mismo tiempo que ha desaparecido la desgravación general del 15% sobre el gasto sanitario privado. A partir de ahora, si la empresa adquiere seguro sanitario hasta el límite de 60.000 Ptas. por trabajador o 200.000 Ptas. si incluye a cónyuge y descendientes, no podrá considerarse retribución en especie para el trabajador en cuestión. La justificación de la medida no ha ido explícita pero podemos analizar sus efectos previsibles.

El incentivo para contratar seguros privados colectivos es uno de los mayores en todo el impuesto de la renta. Los pagos del empresario en seguro sanitario privado no son considerados como renta para el trabajador. Para poder entender el efecto que tiene para el trabajador debemos compararlo con el coste del seguro privado en ausencia de desgravación. Tomando a Phelps como referente<sup>1</sup>, el coste de una póliza de seguro privado podemos pensarlo como dos partes: (1) el coste de los servicios médicos recibidos  $C$  y (2) el coste del seguro, que lo representaremos con  $L$  como un porcentaje del coste de los servicios médicos. En la literatura americana a  $L$  se le denomina «loading fee» y representa los gastos adicionales a incurrir por el individuo cuando no desea pagar directamente los costes asistenciales y por consiguiente satisface unos costes administrativos de la aseguradora y sus beneficios. Así pues la prima a pagar sería:  $P = (1+L) \cdot C$ . Cuando introducimos desgravación fiscal entonces la prima se convierte en  $(1-t)P$ , porque se paga con dinero antes de impuestos y suponemos que  $t$  representa el tipo marginal medio. El nuevo precio de la póliza con desgravación es  $(1-t)(1+L) \cdot C$ . De esta forma el coste del seguro ya no es  $L$  sino que se ha reducido a  $L-t(1+L)$ . El segundo término es el valor del subsidio que se ha introducido y que hace disminuir el coste del seguro. Suponiendo un tipo marginal medio de entorno al 30% y un valor de  $L = 0,15$  que corresponde a una siniestralidad del 87% nos encontramos que  $L-t(1+L) = 0,15-0,30(1+0,15) = -0,17$ . Es decir que el coste del seguro se convierte en negativo para el trabajador en cuestión, si lo comparamos con cubrir los costes de asistencia directamente (y suponiendo que los precios son iguales en los dos entornos). La estimación realizada para el contexto estadounidense señala una reducción en el precio de los seguros privados contratados por empresas cercano al 30%<sup>2</sup>.

Desde la perspectiva de las compañías aseguradoras, la contratación colectiva de seguros privados reduce la selección adversa<sup>3</sup>. El motivo es que los trabajadores

de la empresa son contratados por el hecho de pertenecer a ella y por consiguiente es independiente de su estado de salud. Ello limita la necesidad de la selección de riesgos por parte de las compañías aseguradoras y además implica unos costes de comercialización distintos, en general más bajos. Por otra parte en la medida que las empresas tan sólo ofrecen una opción de compañía aseguradora, esto da lugar a una menor capacidad de elección y competencia entre usuarios finales.

Los efectos para el caso español de esta nueva fiscalidad se tendrán que evaluar en el futuro. El impacto que han tenido en un entorno muy distinto al nuestro como es el estadounidense ha sido analizado ampliamente. Entre ellos destacamos: la disminución de la movilidad de los trabajadores entre empresas motivado por el bloqueo por seguros médicos, la decisión sobre la edad de jubilación y el acceso a cobertura de seguro, o la dificultad de los trabajadores a tiempo parcial o temporales para acceder a un seguro sanitario de empresa. En cualquier caso la capacidad para acceder a un salario en especie como es el seguro privado contratado por empresas tiene unas implicaciones mayores que otro tipo de prestaciones salariales y diferirá según el tipo y tamaño de empresa.

## Sobre quien decide y quien paga

Mientras que al inicio se señalaba cómo la existencia de seguros obligatorios era un ejemplo de confluencia entre la economía y la política, el caso de la desgravación fiscal de los seguros contratados por empresas muestra lo opuesto. La medida modifica la competencia entre aseguradoras y tiene externalidades difíciles de medir (efectos sobre el empleo y puestos de trabajo). Sin embargo, estas consideraciones se han realizado en el entorno estadounidense donde el Estado no ejerce el papel de seguro implícito del que antes hablábamos. Para el caso español, donde los seguros sanitarios a través de empresas tendrán carácter complementario, necesitará reevaluarse la cuestión con mayor detenimiento. Sin embargo, no debemos olvidar que se trata de un bien privado que alguien decide su consumo en nuestro lugar. La libertad de elección se distorsiona por un tercero, ¿añade valor o es innecesario este consumo de seguros sanitarios privados contratados colectivamente?. La respuesta a esta pregunta sólo la pueden tener los consumidores, teniendo en cuenta que la capacidad de darse de baja y recuperar el importe como renta efectiva no es posible.

Finalmente una observación proveniente de Stiglitz<sup>4</sup>. Los gobiernos tienen dificultades para comprometerse en ciertas políticas, pero en algunas ocasiones pueden aumentar los costes de transacción de hacer marcha atrás en futuros períodos electorales. Es lo que suce-

de cuando una política lleva a callejones sin salida. Estos costes de transacción elevados pueden impedir mejoras en eficiencia en el futuro y por consiguiente la precaución se impone en estos casos. Seguramente la de-

cisión de desgravar fiscalmente los seguros privados colectivos requiere de un debate público y transparente que no ha existido y que debilita la propia medida tomada.

---

---

### Bibliografía

1. Phelps CE. Health Economics: New York, Harper Collins; 1992.
  2. Gruber J, Poterba J. Tax subsidies to employer provided health insurance. National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA: Working Paper 5147; 1995.
  3. Pauly M. Taxation, health insurance and market failure in the medical economy. *Journal of Economic Literature* 1986;24:629-75
  4. Stiglitz J. The private uses of public interests: incentives and institutions. *Journal of Economic Perspectives* 1998;12:3-22
- 
-