



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2022 – 08

**LOS BENEFICIOS FISCALES DEL ASEGURAMIENTO
SANITARIO PRIVADO**

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la UPF

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, abril 2022

LOS BENEFICIOS FISCALES DEL ASEGURAMIENTO SANITARIO PRIVADO

Guillem López Casasnovas, Catedrático de Economía de la UPF y director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF).

Introducción

En 2021 hay 9,7 millones de ciudadanos que disponen de un seguro de salud voluntario. Con características y prestaciones diversas, pero en su gran mayoría comparten una singularidad, se trata de un seguro duplicado. Los mismos ciudadanos ya disponen de un seguro obligatorio que pagan con sus impuestos. Y si deseamos precisar un poco más, en el seguro voluntario hay un 42,5% de los asegurados que es la empresa quien asume el coste, mientras que el resto se trata de seguro individual. El crecimiento experimentado el 2020 ha sido del 7% en asegurados individuales, mientras que el de colectivos aumentó un 4%¹. Por provincias, Madrid, las catalanas, Baleares, Ávila, Vizcaya, Sevilla y Málaga, con ratios de aseguramiento sobre la población por encima de la media. Por Comunidades, las dos Castillas, Extremadura, Andalucía, y la Comunidad Valenciana, crecen por encima de la media. Y el reembolso perdiendo peso respecto de la asistencia suministrada directamente por las compañías aseguradoras. A ello no es ajena sin duda la pandemia. Un millón más de asegurados individuales en asistencia sanitaria en los últimos cuatro años. ¿Se trata de un fenómeno transitorio (por la Covid-19)? ¿Tiene rasgos estructurales (los países en la medida que se desarrollan consideran el gasto sanitario con elevada elasticidad renta)? ¿Se debe a la infrafinanciación sanitaria pública crónica y es el inicio de la dualidad sanitaria? ¿Son los 'recortes' los que polarizan una sanidad pública que se convierte en una pobre sanidad para pobres? Cuestiones todas ellas abonadas a los mayores prejuicios y sesgos políticos.

¿De qué estamos hablando?

No hace falta cultivar análisis sofisticado alguno para saber que el seguro voluntario privado, como *commodity* se ha de mover con la renta. Elasticidad positiva y con valores superiores a uno fluctuando en tiempo y por grupos de decilas. No digamos si la estimación se realiza en términos de probabilidades de compra y cálculo de semi elasticidades².

¹ En el total de volumen el crecimiento de primas fue del 5.15% y con prestaciones pagadas creciendo al 18%. El Ratio Importe de Prestaciones Pagadas/Volumen de Primas Imputadas fue del 78% y creciendo un 12% respecto del año anterior.

² Entre ellos, véanse Pinilla, Jaime, and Beatriz G. López-Valcárcel. "Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: empirical evidence in Spain, 2008–2014." *BMC public health* 20.1 (2020): 1-10. O Cantarero-Prieto, David, Marta Pascual-Sáez, and Noelia Gonzalez-Prieto. "Effect of having private health insurance on the use of health care services: the case of Spain." *BMC health services research* 17.1 (2017): 1-13, y Costa, Joan, and Joan Rovira. "Why some people go private and others do not: supplementary health insurance in Spain." *Public Finance & Management* 5.4 (2005). Y sobre todo 'Are tax subsidies for private medical insurance self-financing?

Tema diferente es el de cómo juzgar dicho resultado, particularmente en términos de **equidad** y eficiencia. Para lo primero, conviene remarcar dos consideraciones decisivas. La primera, sobre el qué cubre este seguro voluntario. Si concurre exactamente con las prestaciones públicas o no. Si es el caso de concurrencia, entenderemos aquí que se trata de cuestiones de calidad percibida por los usuarios o elementos otros de utilidad. Si es así, nos indica que las prestaciones sanitarias públicas no están al nivel de demanda que parte de la sociedad requiere. Y lo enjuiciaremos como contribuyentes ciudadanos según valoremos la razón de este decalaje. Si se trata de capricho inocuo, no habría justificación a corregir la prestación pública; si contuviera aspectos importantes socialmente, la presión debiera de ser la de mejorar la financiación pública de estas y no otras prestaciones. Otra perspectiva diferente resulta si lo que recoge el seguro voluntario privado son prestaciones no concurrentes con las públicas. Se ha de tratar aquí de prestaciones efectivas (ilas no efectivas dañinas debieran de estar prohibidas!) pero de coste no asumible, por su cuantía o por no justificarse por un simple criterio de efectividad relativa. Para las de coste públicamente no asumible, el seguro voluntario sería un mal menor, ya que vehicularlo como aseguramiento privado –y no pago directo- por primas –y no precios- siempre incluiría un elemento de solidaridad entre suscriptores del seguro. La cuestión radicaría aquí en cuán bien está priorizando el catálogo público como para dejar aquellas prestaciones al completo fuera de la financiación pública. En ambos casos, el aseguramiento privado añade bienestar individual; no resta al social, al que completa, habiendo de remitir las desigualdades observadas (en la medida que ‘intolerables’) a la mala financiación o priorización del sistema sanitario público. Que una familia gasta más que otra en una prestación excluida (hoy por ejemplo en salud bucodental), y que se asocie a una mayor renta debiera de sonrojar al financiador sanitario y no a una familia. Si este gasto mayor según renta deriva de complementos ineficaces, utilitaristas o hipocondríacos (como en cierto consumo o tratamientos), estas diferencias por grupos de renta no deberían de considerarse desigualdad e inequidad. No digamos ya si entre los que se aseguran observamos grados de alta aversión al riesgo o hipocondría, que por lo demás no siempre recogerían un mayor consumo, ya que con dicha aversión a menudo se recoge mayor prevención y menos utilización (*good cookies* como les llaman algunos).

En lo que atañe a la **eficiencia**, al estilo más puro ‘paretiano’ el test es aquí: si alguien pierde para que otros ganen. Excluido el criterio subjetivo de la envidia, un pago privado que no va en detrimento del pago público (los impuestos) no debiera considerarse ineficiente. Podrá juzgarse si la disposición a pagar por aquello que el sistema sanitario público no ofrece es *good value for money*, si vale lo que cuesta; pero esto está en una esfera privada. Y si se cree que es demanda inducida sesgadamente por la oferta y ello puede ser dañino para el bienestar del consumidor, le toca al regulador intervenir; no autorizando y en caso de externalidades negativas provocadas por dicho consumo, establecer los impuestos *pigouvianos* correspondientes. Lo que no está prohibido, en una sociedad democrática ha de ser posible. En el ámbito de la eficiencia de la utilización de recursos públicos surge aquí el debate de la

fiscalidad, el de los ahorros 'por descompresión del gasto público' por la utilización del aseguramiento privado, y en el punto máximo de la discusión, el cálculo de si lo ahorrado por no utilización de los servicios públicos a los que sí tenía derecho el asegurado privadamente, justificaría un incentivo en forma de desgravación fiscal. Este es un tema que tiene un contrafactual difícil: cual sería de otro modo la utilización de servicios públicos del hoy asegurado privadamente en ausencia de dicho seguro.³

La actual desgravación⁴, de la que no se conoce el importe efectivo, sí sabemos que tiene la ascendencia de lo que en su día era prerrogativa de las llamadas empresas colaboradoras que, tras la abolición de este régimen, se substituyó por la prestación exenta de tributación en el impuesto de sociedades. Una especie de gasto a restar sobre los ingresos empresariales y por la vía del beneficio fiscal a sus destinatarios. Tras la supresión de la desgravación fiscal directa del 15% en IRPF del gasto individual, el nuevo régimen mantiene cifras altas de asegurados, aunque en la medida que las empresas las negocian como pólizas colectivas, sin duda supone primas inferiores a las individuales actuariales y sujetas a un pool mayor a las que resultarían del riesgo individual. Otros elementos a considerar desde la óptica de la eficiencia sería la justificación de incentivar –a la vista de la cobertura especializada que incluye– este acceso directo a la atención ambulatoria y hospitalaria sin el cribaje de la atención primaria, y los aspectos relativos a pruebas diagnósticas y complementarias, que ante la elevada compatibilidad registrada en las prácticas profesionales públicas y privadas, pueden favorecer un acceso discriminado al propio sistema sanitario público.

³ Véase aquí: Martínez García E, G López i Casasnovas, A Durán Sindreu Tratamiento fiscal de los factores de riesgo para la salud y del gasto sanitario. Revisión y propuestas de reforma Hacienda Pública Española / Review of Public Economics, Nº 156, 2001, págs. 185-220; López-Nicolás A, García J, López Casasnovas G and Puig-Junoy J. "¿Es posible reducir el gasto sanitario a través del subsidio a los seguros sanitarios privados? La doble cobertura sanitaria en Catalunya. Estimación de patrones de utilización de servicios sanitarios y simulación de costes asociados a la asistencia. Economics Working Paper 550. Working Paper nº22, Center for Research in Health and Economics (CRES); López Casasnovas G El paper de l'assegurament sanitari i de la medicina privada en els sistemes públics de salut. Reflexions per a l'elaboració d'una política sanitària nacional, CRES Working Paper 2007. López Casasnovas G Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas. CRES Working Paper 2006; López Casasnovas G A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. CRES Working Paper 2004; López Casasnovas G Reflexiones sobre el futuro de la sanidad privada en España CRES Working Paper 2009; Vera M Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. Health Econ, 8 (1999), pp. 579-598; López Casasnovas G El nuevo tratamiento fiscal del aseguramiento sanitario privado. Rev Esp Admin Sanit, 4 (2000), pp. 53-64; López-Casasnovas G Marc Sáez A vueltas con el aseguramiento sanitario privado Gaceta Sanitaria Vol. 19. Núm. 1. páginas 59-64 (Enero - Febrero 2005) Freire, J. M. "La nueva fiscalidad de los seguros sanitarios privados y el Sistema Nacional de Salud." *Gaceta Sanitaria* 13.3 (1999): 233-236. Ortún, Vicente. "A propósito del aseguramiento sanitario privado." *Atención Primaria* 43.9 (2011): 457. Y más recientemente ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria en España? Urbanos R et al AES Blog | 2 febrero, 2022

⁴ Gastos por seguros de enfermedad: Art. 46 Reglamento IRPF: Están exentos los rendimientos de trabajo en especie correspondientes a las primas o cuotas satisfechas por la empresa a entidades aseguradoras para la cobertura de enfermedad, cuando se cumplan los siguientes requisitos y límites: Que la cobertura de enfermedad alcance al propio trabajador, pudiendo además alcanzar a su cónyuge y descendientes. Que las primas o cuotas satisfechas no excedan de 500 euros anuales por cada una de las personas señaladas o de 1.500 euros para cada una de ellas cuando sean personas con discapacidad. El exceso sobre las citadas cuantías constituirá retribución en especie del trabajo. Se trata por tanto de deducciones de las que se benefician los empresarios y autónomos, con un máximo de 500 euros deducibles por cada trabajador asegurado (1.500 si tiene discapacidad). En cuanto a los trabajadores por cuenta ajena, el seguro de salud individual no desgrava, pero sí disfrutan de beneficios los trabajadores cubiertos por pólizas colectivas. Cuando reciben parte de su retribución mensual a través de este concepto, esa parte queda exenta de tributación hasta un máximo de 500 euros. En todos los casos las pólizas pueden cubrir también al cónyuge y los hijos de los trabajadores o autónomos.

En **resumen**, las implicaciones de los estudios de los que disponemos se pueden referir como mucho, por extensión, a la parte de asegurados que pagan directamente su seguro sanitario; un 57% frente a un 43% para los que el pago proviene de la empresa. Es decir, se trata de análisis relativos al régimen anterior (deducción en el IRPF de dicho gasto). De ahí que se deban tomar con mucha cautela sus extrapolaciones, lo que no suele ser el caso de muchos analistas. Muestran aquellos trabajos que existe evidencia parcial y para distintos períodos, que suscriben mayormente el seguro sanitario privado los individuos de mayor renta (Pinilla y González, 2020, entre otros) y los más adversos al riesgo (Costa y Rovira, 2005). Por su parte, con el trabajo de López Nicolás y Marcos Vera 2008, sabemos que la antigua reducción del aseguramiento sanitario privado para el IRPF –aunque los datos se correspondían a la totalidad del gasto sanitario privado y no sólo al del seguro–, no habría estado autofinanciando su coste. Ello se debe a la baja elasticidad precio de la compra de seguro sanitario: en este sentido el subsidio no afectaría a la suscripción, y por tanto ‘no contribuiría al ahorro’, fuese cual fuese el consumo de servicios sanitarios públicos que el asegurado dejara de hacer, al no aumentar las pólizas. Sin equilibrio entre pérdida de recaudación y más consumo de aseguramiento privado con la deducción, se trataría más bien de una compensación a suscriptores de pólizas. Si bien podría ser eficiente como bien de mérito que fuese considerada la mayor cobertura sanitaria (no por suponer un incentivo importante al aseguramiento), se vería como inadecuado desde la redistribución, al tratarse de beneficiarios de renta elevada. Más recientemente Cantarero et al (2017) sí prueban que los asegurados complementariamente no sobreutilizan en general los servicios sanitarios y que por ello utilizan menos los servicios sanitarios públicos.

Reconocido lo anterior, el regulador debiera de saber separar los distintos aspectos que inciden y trascienden de la actual operativa del aseguramiento sanitario privado. Ello exige una evaluación rigurosa que de momento no se ha producido (ni la Comisión de Expertos para la Reforma Tributaria ni AIREF la han considerado, manteniéndose cierta opacidad en datos y resultados) a efectos de su corrección específica en el impuesto de sociedades, más allá de abolir, ahora sí indiscriminadamente, partes del status quo del actual funcionamiento del sistema sanitario privado, si así lo estimase políticamente.

Deseo agradecer los comentarios a una versión previa del presente documento de Pere Ibern, investigador principal del CRES e Irene Oliva, investigadora asociada.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**Como veo la evolución de los tratamientos farmacológicos**" Colección Health Policy Papers 2022-07_GL.

López-Casasnovas, G; "**Petita crònica de les propostes de la comissió d'experts per a la reforma fiscal, amb especial referència final a la fiscalitat indirecta de la sanitat privada.**" Colección Health Policy Papers 2022-06_GL.

López-Casasnovas, G; "**La Subvenció pública en el món de les Arts. Teatre i economia.**" Colección Health Policy Papers 2022-05_GL.

López-Casasnovas, G; "**La economía de la salud 'en cuerpo y alma'.**" Colección Health Policy Papers 2022-04_GL.

López-Casasnovas, G; "**A political economy analysis of the Spanish Health System and its reform.**" Health Policy Papers Collection 2022-03_GL.

López-Casasnovas, G; "**Envelliment, salut i activitat econòmica i empresarial**" Colección Health Policy Papers 2022-02_GL.

López-Casasnovas, G; "**Análisis de economía política del Sistema de Salud Español.**" Colección Health Policy Papers 2022-01_GL.

López-Casasnovas, G; "**Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona**" Colección Health Policy Papers 2021-18_GL.

López-Casasnovas, G; "**Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: Quo vadis?**" Colección Health Policy Papers 2021-17_GL.

López-Casasnovas, G; "**A propósito del debate Marmot-López sobre desigualdades en salud.**" Colección Health Policy Papers 2021-16_GL.

López-Casasnovas, G; "**Reflexiones post covid ¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?**" Colección Health Policy Papers 2021-15_GL.

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "**Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud con el análisis Coste Efectividad**" Colección Health Policy Papers 2021-14_GL_JP.

Sabater Mezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectivitat de les mesures contra la transmissió de la COVID-19 a l'Europa Occidental. Hi ha influït la "cultura mediterrània" i/o el model sanitari?**" Colección Health Policy Papers 2021-13_RS_GL.

Sabater Mezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectes de la covid-19 a les llistes d'espera de la Catalunya Central. Quin coll d'ampolla té més influència per a la disminució entre 2019 i 2020 dels diagnòstics de càncer?**" Colección Health Policy Papers 2021-12_RS_GL.

Del Llano J, J; Mestre-Ferrandiz, J; Espín, J; Gol-Montserrat, J; Del Llano, A; Bringas, C; "**Public health policies for the common interest: Rethinking eu states' incentives strategies when a pandemic reshuffles all interests.**" Colección Health Policy Paper 2021-11_JD_JM_JE_JG_AD_CB;

López Casasnovas, G; "**La maximización de los AVAC y el óptimo social**" Colección Health Policy Papers 2021-10_GL_LP

López Casasnovas, G; "**Mi visión sobre los cambios que llegan a nuestros sistemas de salud de la mano de la digitalización**" Colección Health Policy Papers 21-09_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

