

**LAS DEDUCCIONES EN EL IRPF POR GASTO SANITARIO PRIVADO: SITUACION
ACTUAL Y POSIBILIDADES DE REFORMA(*)**

Esther Martínez García

Universitat Pompeu Fabra i CRES

(*) Se agradecen los comentarios y sugerencias de G. López y S.Calonge.

#CRES [Centre de Recerca en Economia i Salut (7)]

Abstract

The paper provides information about the tax treatment given to personal health expenditures in the Personal Income Tax in Spain, and analyses what we know about it and how the tax credit or other forms of preferential tax treatment can contribute to the financing of private health expenditures, of special relevance in view of the recent Personal Income Tax modification proposals . It also points out some of the main redistributive results coming out from this type of public financing, differentiating between types of expenditures (mainly those on health services which are not provided by the public health system, from those which are).

Palabras clave: deducción, gasto por enfermedad, IRPF, prestaciones sanitarias, progresividad

J.E.L. classification: H24, H51.

1. Introducción

El debate al que estamos asistiendo respecto de la deducción en el IRPF por gasto de enfermedad puede enmarcarse en un doble contexto: por una parte, en relación al proceso de racionalización y contención del gasto del sector público, en tanto que la deducción puede considerarse como un gasto público indirecto; y en segundo lugar, en el contexto de reforma del IRPF, que en general apunta, tal y como nos lo muestra la experiencia comparada, hacia una ampliación de la base imponible (consiguiéndose en parte, mediante la reducción de diversas modalidades de deducciones), que permita una reducción de tipos impositivos, en aras de un deseado aumento de la eficiencia del impuesto. También en España parece que el impuesto pretenda ir en la misma dirección, como lo ejemplifica el proceso de reducción en el número de tramos del impuesto, y las enunciadas reformas propuestas por el ejecutivo para 1999, entre las que se debate la reducción o eliminación de varias de las deducciones en la cuota del impuesto (integrándose en el que se está denominando el “mínimo vital”). Quizás al respecto sea significativo, como indicador de una posición de cuestionamiento sobre la oportunidad de la deducción, el hecho de que la deducción que nos ocupa empieza a incluirse (y cuantificarse) como un gasto fiscal en los presupuestos de gastos fiscales que se elaboran y acompañan cada año a los Presupuestos Generales del Estado, desde 1993 (toda vez que con anterioridad, se consideraba como un “elemento estructural del impuesto”).

Es este contexto el que el presente artículo aprovecha para aportar información relativa a la deducción, con el objetivo de mostrar qué es lo que sabemos acerca de la misma y el papel que puede desarrollar como mecanismo de financiación del gasto sanitario privado, así como destacar algunas de las implicaciones que de ello se derivaría. No hay que olvidar que el proceso de reducción de las prestaciones sanitarias públicas que se está llevando a cabo (que posiblemente no acaben siendo medidas transitorias, al menos en cuanto a la filosofía última que pueda fundamentarlas, en la línea del mantenimiento de un estado del bienestar asequible para las arcas públicas), puede llegar a incidir de forma notable sobre el presupuesto privado, y en última instancia, las políticas de gasto y de ingreso público no pueden desvincularse unas de otras.

A modo de ejemplo, podemos destacar que la prevista reducción de la lista de fármacos financiados total o parcialmente, por la seguridad social, puede conllevar un aumento en el gasto que directa e íntegramente sea sufragado por los hogares. En dicho caso, la deducción podría visualizarse como un instrumento de reducción del precio al que se enfrentan los consumidores, aunque dicha reducción sea recuperable en un momento posterior al de la adquisición (concretamente, hasta que no se realiza la declaración anual del IRPF). Dicha reducción en el precio, de mantenerse en su forma actual (la actual deducción en la cuota del

IRPF), o bien modificarse, podría tener por objetivo la financiación selectiva (bien sea de determinados colectivos o de determinadas prestaciones), pero evitando su posible capitalización en el precio de las actividades o prestaciones que financia. Dicha medida podría compatibilizar el coste fiscal de toda deducción (o forma alternativa en la que se instrumente en el IRPF), con objetivos de cobertura o de apoyo del sector público (por ejemplo, en un contexto de sustitución de gasto público directo por indirecto, vía fiscal).

A fin de valorar el efecto de los posibles cambios en la deducción, y su oportunidad, deben tener en cuenta los siguientes aspectos, que constituyen los dos grandes bloques en los que se desarrolla el artículo: i) cuál es la medida de la utilización actual de la deducción, la potencialidad para su ampliación, y cuáles son sus efectos redistributivos (es decir, cómo se distribuyen actualmente, sus beneficios entre los contribuyentes); ii) cuáles pueden ser los efectos previsibles de cambios en el IRPF que afecten a la deducción, a la vista no solamente de los cambios en la estructura del IRPF, sino también de las modificaciones en la cobertura del sistema sanitario público. Dichos efectos pueden tener diversos flancos, entre los que cabe destacar los efectos redistributivos y el coste fiscal de las reformas enunciadas.

2. El estado actual de la deducción en el IRPF: cuantía y evolución, utilización, distribución por niveles de renta y aportación a la progresividad del IRPF.

El IRPF español cuenta con una deducción en la cuota íntegra, del 15% del gasto incurrido por el contribuyente en el ejercicio fiscal, en su propia persona o en la de aquellos que den lugar a deducción en la cuota, por motivo de enfermedad o por nacimiento de los hijos del contribuyente. Se entiende un concepto amplio de dichos gastos, entre los que se encuentran inclusive aquellos por adquisición de bienes y servicios cofinanciados por el sector público (p.e. medicamentos), en la parte no co-financiada. Quedan excluidos los gastos asimilables siempre que no sean por prescripción médica (p.e. tratamientos en balnearios y la cirugía plástica).

La deducción reduce la cuota líquida o impuesto a pagar por el contribuyente, respecto si ésta no existiese. Tiene el efecto de reducir el precio pagado por el contribuyente, en un 15%, si bien dicha reducción no es efectiva en el momento de la adquisición del bien o servicio, debiéndose esperar hasta el momento de la liquidación anual del impuesto. En España es además una deducción no reembolsable, por lo que solamente representará una reducción fiscal (o reducción en el precio), en la medida en que no supere al importe de la cuota líquida antes de su aplicación. Esta ayuda pública en forma de deducción, sólo podrá ser utilizada por aquellos individuos que realizando gasto, sean sujetos pasivos del impuesto, declaren por dicho concepto, y tengan renta suficiente como para disponer de una cuota líquida suficiente para poder aplicar la deducción por gasto privado de enfermedad.

En 1996, la *deducción ascendía* a 88.442 millones de ptas (cuadro 1), cifra que corresponde a un gasto de 589.613'33 millones de ptas. En 1994 representaba el 6% del conjunto de deducciones, y un 0'23% de la base liquidable del IRPF. La relevancia de dicha deducción, y su coste fiscal, es menor si se compara con deducciones como la deducción por rendimientos del trabajo dependiente (422.002 millones), por descendientes solteros (183.829) y por inversión en vivienda habitual (159.760 millones). Estas tres conjuntamente absorbían el 73'43% del total de las 25 deducciones existentes en el impuesto en dicho año. Por lo tanto, la importancia de la deducción en cuestión es mayor si se compara con el resto de deducciones. Además, es de las más utilizadas por los contribuyentes (un total de 4.963.031), sólo superada en este ámbito, por la deducción por rendimientos del trabajo dependiente y por descendientes solteros.

[CUADRO 1

Cabe decir, que para algunas deducciones (como las familiares, entre las que se encontraría la mencionada por descendientes solteros), poco se cuestiona su existencia (en todo caso su modificación), ya que generalmente se acepta que integran la “norma del impuesto”; es decir, ajustan el nivel de renta por la “verdadera” capacidad de pago del contribuyente, de forma que el IRPF grave en función de ésta última, que está afectada por las cargas familiares. Sin embargo, la deducción por gastos de enfermedad quizás sea más cuestionable como integrante de la estructura “normativa” del impuesto, al menos en aquellos componentes en los que el individuo tiene la alternativa de obtener los servicios a precio cero o inferior al de mercado, a través del sistema sanitario público. Es decir, en países en los que el sistema público ofrece una cobertura extensa (y que el ciudadano considere adecuada) parece más cuestionable, que en otros (p.e. Estados Unidos) en los que el individuo ve reducida su capacidad para considerar el mercado no ya como una posible alternativa, sino como “la alternativa”. Cuestión ésta en la que se incidirá posteriormente.

En relación a la cuantía relativa de la deducción, cabe también señalar que sólo permite deducir un 15% del gasto realizado por el contribuyente, no su totalidad; que parte del gasto puede no transformarse en deducción (en tanto que sea realizado por individuos no declarantes o con cuota íntegra insuficiente, o bien por falta de “cultura fiscal” del contribuyente); que gran parte del gasto que un individuo puede generar es canalizado a través de la sanidad pública, y que los gastos por enfermedad de tipo discontinuo, y más cuantiosos, no son sufragados generalmente de forma directa por el propio individuo, ya que acude al sistema sanitario público (p.e. caso de las hospitalizaciones). Así, la deducción está reduciendo el precio de gastos relativamente menores en comparación con el gasto total sanitario que un individuo puede generar (a título ilustrativo: el gasto público sanitario representaba en 1992, el 80'5% del gasto sanitario total en España (OCDE, 1994). Sin embargo, adelantaremos que una característica importante de la

deducción, es que es el único medio disponible actualmente por los ciudadanos españoles, para reducir la factura a la que se enfrentan por determinados servicios sanitarios: aquellos para los que no existe ningún tipo de financiación pública directa, tal como la mayor parte de los servicios de dentistas y de determinados aparatos terapéuticos de uso muy extendido entre la población (como las gafas graduadas y las plantillas).

Por lo que se refiere a su evolución en el tiempo, la deducción ha experimentado un aumento notable en los últimos años. En el periodo de diez años comprendido entre 1986 y 1996¹, experimentó un crecimiento del 727'08%! Sin embargo, esta notable expansión no se ve acompañada por un aumento tan notable en la deducción por contribuyente beneficiario de la misma: entre 1986 y 1994 (último ejercicio para el que se dispone de dicha información), aumentó en cerca de un 25%, pasando de 10.816 pesetas (deducción media por beneficiario), a 13.475 pesetas.

Estas cifras aportan indicios acerca de que la gran expansión del coste fiscal de dicha deducción podría deberse especialmente a la incorporación progresiva de contribuyentes que se aplican la deducción, más que a aumentos en los importes deducidos por contribuyente. Esta incorporación progresiva es resultado en parte, del propio aumento en el número de declarantes del impuesto, que pasa de 8.945.395 en el año 1988 (en el que ya se permitía la modalidad de tributación separada de los cónyuges), a 12.794.110 en 1993. Sin embargo, no sólo se produce una incorporación de declarantes y beneficiarios, sino que además se observa un aumento en la proporción de declarantes que hacen uso de la deducción: mientras que en 1988 dicha proporción era del 17%, en 1993 había ascendido hasta un 32%. Así pues, parte de los nuevos declarantes son también usuarios de la deducción.

Dejando aparte el posible efecto provocado por la expansión del número de declaraciones separadas² (lo que también podría ser un factor explicativo del aumento menor en la deducción media que en el importe global de la deducción), cabe destacar el posible efecto “cultura fiscal” del contribuyente como determinante del crecimiento en la utilización de la deducción. Esta “cultura fiscal” supone un aumento de la consciencia del contribuyente, respecto de un mejor aprovechamiento de las oportunidades de reducción de su deuda tributaria que el propio

¹ Estos importes difieren de los que se estiman en los presupuestos generales del Estado de cada año (desde 1993), clasificados bajo la rúbrica de “gasto fiscal”. Generalmente se observa una estimación de gasto fiscal por dicho concepto inferior al realmente deducido. Así por ejemplo, para 1998 se estima un importe de 70.300 millones, cifra inclusive inferior a la prevista en su día para 1997.

² Parece ser que la nueva modalidad de tributación separada introducida en 1988 y consolidada en 1992 ha tenido efectos notables en términos de aumento del número de declaraciones separadas. A título de ejemplo, en 1994 el número de declaraciones separadas (e individuales) aumentó en un 11'73% respecto del ejercicio anterior (las conjuntas disminuyeron), de forma que suponían el 60'58% del total de 13.611.759 declaraciones que se presentaron en dicho año. Aunque también se ha producido, a lo largo de los años, un crecimiento en el número de declaraciones totales del impuesto, lo que supone la incorporación de nuevos declarantes.

impuesto le ofrece (quizás fomentado por el consejo de asesores fiscales y las nuevas prácticas en la expedición de facturas anuales por parte de las oficinas de farmacia).

Sin embargo, también cabe la posibilidad de que el aumento en el número de contribuyentes beneficiarios de la deducción sea en parte, el resultado de un crecimiento del número de ciudadanos que realizan gasto privado, es decir, que acuden al sistema privado³. Este tercer factor explicativo del crecimiento en el número de beneficiarios de la deducción tiene connotaciones distintas de los dos anteriores: los dos primeros no comportan una expansión en la utilización de los bienes y servicios sufragados directamente (total o parcialmente) por los contribuyentes, sino simplemente un mejor aprovechamiento por parte del contribuyente, de la deducción, o el resultado de las modalidades de tributación. Pero la tercera de las posibles causas del aumento en el número de contribuyentes plantea la posibilidad de una mayor utilización del mercado de los servicios sanitarios, lo cual puede responder bien sea a una creciente sustitución en la utilización que realiza el usuario, de los servicios públicos por los privados, bien en la creciente utilización de los privados como complemento de los públicos. Sería en este último caso, en el que cabe plantearse con mayor precaución la posible reforma de la deducción (especialmente su eliminación), por los efectos redistributivos que pueda generar, en relación a gastos “necesarios” y en relación a la posible reducción de la cobertura pública.

Los siguientes datos pueden ser ilustrativos del argumento anterior: alrededor del 3% (2'94%) del gasto medio de los hogares correspondía en 1995, a gasto en bienes y servicios sanitarios⁴. Aunque a simple vista este porcentaje pueda parecer poco relevante, hay que destacar que cobra importancia a la vista de las siguientes consideraciones: i) en primer lugar, que el sistema público sanitario tiene una cobertura prácticamente universal en cuanto a beneficiarios; ii) en segundo lugar, que se trata de gastos en servicios o bienes parte de los cuales podrían ser adquiridos, a precio subsidiado (cero en varios casos), acudiendo al sistema sanitario público. Por tanto, en principio podrían absorber cantidades menores del presupuesto familiar, más aún si tenemos en cuenta que dicho presupuesto debe sufragar gastos para los que la cobertura pública es inexistente o mucho menor, y varios de ellos pueden considerarse como de primera necesidad (p.e. vestido, calzado, y alimentación).

También es notorio el aumento significativo que experimenta dicho porcentaje entre 1985 y 1995 (pasando del 2'11% al 2'94%, lo que implica una tasa de crecimiento del gasto privado sanitario muy superior al del resto de gastos; concretamente su participación aumenta en un 35%); es decir, van absorbiendo una parte creciente del presupuesto familiar.

³ Evidentemente, también podría influir una utilización inadecuada o incluso fraudulenta, de la deducción.

⁴ Según datos de las Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, extraídos de J. Saralegui (1997).

A continuación se procede a contrastar la información sobre el gasto sanitario privado que nos ofrecen las declaraciones del IRPF, con la información que ofrece otro tipo de datos, concretamente las Encuestas de Presupuestos Familiares (EPF), elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística. Éstas incluyen la composición y el nivel del gasto familiar, obtenido mediante un proceso de encuesta a los hogares. Dicha contrastación nos permitirá ahondar en la cuestión siguiente: *la medida de la utilización o aprovechamiento de la deducción y la potencialidad de su expansión.*

Según la última gran EPF disponible (aparte de las continuas, de menor representatividad), se observa que en 1990 el 71'1% de los hogares declaraban realizar gastos del tipo "servicios médicos y gastos sanitarios" (cerca de 8 millones de hogares); en cambio, de las declaraciones del IRPF se desprende que sólo el 20% de los declarantes realizaban gastos privados en 1990 (sólo 2'4 millones se aplicaban la deducción por gasto privado). Parece pues que existe todavía un importante margen de "subexplotación" de la deducción: parte de la población que realiza gasto, no se lo deduce en sus declaraciones anuales del IRPF. Evidentemente, cabe realizar algunas matizaciones que harían que dicho "gap" fuese menor al que pueda parecer a simple vista; pero otras por el contrario, lo corroborarían. Empezaremos por una breve descripción del primer tipo de matizaciones, es decir, de aquellas que de tenerse en cuenta, harían que la "subexplotación" o subaprovechamiento de la deducción fuese menor que la que se desprende de la simple comparación de cifras relativas a individuos que realizan gasto sanitario, según las EPF, y los contribuyentes que realizan gasto -según las declaraciones del IRPF-.

En primer lugar, cabe decir que existe todo un conjunto de hogares que no son contribuyentes del impuesto, por no tener rentas suficientes como para tributar (no alcanzar el mínimo exento), o bien que no declaran en el impuesto por no alcanzar el mínimo de renta necesario para estar obligado a ello. Además, también pueden haber contribuyentes que aunque realicen gasto privado sanitario, no puedan utilizar la deducción, incluso deseándolo, porque su cuota íntegra quede ya absorbida por otras deducciones (tales como las familiares y la deducción por inversión en vivienda habitual). Por tanto, existe un conjunto de hogares/individuos, que no pueden hacer uso de la deducción, aún y realizando gasto⁵.

Sin embargo, existen también motivos para pensar que el número de contribuyentes que podrían deducirse podría ser mayor al real. Así, en primer lugar, cabe destacar que la unidad de análisis de las EPF son los hogares, mientras que en el IRPF son declarantes. En general, si tenemos en cuenta que el concepto de unidad fiscal del IRPF es más restrictivo que el concepto de "hogar" de las EPF, y teniendo en cuenta las posibilidades de declaración separada de los cónyuges que el IRPF ofrece, es de esperar que existan más declarantes que hogares, o en otras

⁵ Además, los datos de la EPF se refieren a todo el territorio nacional, mientras que los referidos al IRPF excluyen los territorios forales.

palabras, un hogar puede corresponder a más de un declarante del IRPF. Cabe además añadir que el número de hogares que realizan gasto, según la EPF, puede estar infravalorado respecto del número real, por las propias características de la Encuesta⁶. También esta diferencia entre número potencial de beneficiarios de la deducción, y su número efectivo, no es única y exclusiva del año 1990: el análisis de las Encuestas Continuas de Presupuestos Familiares, para diversos años, y las declaraciones del IRPF, muestran un gap similar al de 1990.

Otra diferencia notable entre la información que ofrecen las EPF y la que ofrece las declaraciones del IRPF es la relativa a la magnitud total del gasto sanitario privado realizado por las familias. Según la EPF de 1990⁷, el gasto privado total ascendía a 735.372 millones de pts; mientras que el gasto objeto de deducción era tan sólo de 192.440 millones⁸. Esta discrepancia se vería aumentada si añadimos que las EPF puede tener una cierta tendencia a la subrepresentación de los hogares con rentas superiores, y si éstos son los que realizan gastos sanitarios también superiores, existiría una parte adicional de gasto privado que no quedaría recogido en las EPF, y que de ser computado, haría aumentar la cifra anterior⁹.

Así pues, estas cifras relativas al gasto sanitario privado realizado por las familias también podrían indicar que todavía existe potencial para una mayor utilización de la deducción por gasto privado de enfermedad (aunque sin olvidar que dicha potencialidad se vería reducida por los hechos anteriormente mencionados, tales como la existencia de hogares con gasto privado pero que no pueden deducirse por no ser contribuyentes del IRPF).

También difieren notablemente los importes de gasto medio objeto de deducción en el IRPF, y el gasto medio que se desprende de las EPF. El gasto por contribuyente, declarado en el IRPF, es superior al que declaran los hogares en las EPF, característica que se observa en diversos ejercicios: el gasto medio por hogar (según la ECPF) ascendía a 83.934 ptas. en 1995¹⁰; 65.086 ptas. en 1990 (EPF), y 20.648 ptas. en 1980; según el IRPF, el gasto medio era de 89.833 pts (año 1994, último para el que se dispone de este tipo de información) y 79.953 ptas. en 1990. Estas diferencias parece que están en dirección opuesta a las anteriores relativas al gasto agregado. Así pues, mientras que el gasto agregado “real” (EPF) es superior al que es objeto de

⁶ Las Encuestas de Presupuestos Familiares pueden incluir “ceros” en gasto sanitario por el propio proceso de encuesta y los periodos de referencia de cada tipo de gasto. Así, la no observación de un gasto puede ser bien porque no se realice, bien porque no quede reflejado en la misma, a pesar de realizarse.

⁷ Datos extraídos de Murillo et al (1997).

⁸ Diferencia que difícilmente sea atribuible en su totalidad, a la deducción aplicada en el País Vasco y Navarra, que no queda recogida en las cifras que aquí se presentan.

⁹ Aunque podría quedar recogido en las declaraciones del IRPF, vía deducción, si los contribuyentes con rentas superiores utilizan más la deducción.

¹⁰ Los datos relativos a 1995 se han extraído de J. Saralegui (1997), y los de 1990 y 1980, de Murillo et al (1997) (obtenidos tras un proceso de explotación de las EPFs)

deducción, el gasto medio (por contribuyente) que es deducido es superior al “real” (por hogar). Este hecho podría inducirnos a pensar en la posibilidad de una utilización incorrecta o fraudulenta de la deducción, cosa cada vez más improbable a la vista de los esfuerzos de la administración tributaria en materia de control del fraude. La respuesta quizás radique en los siguientes hechos: i) en primer lugar, y tal y como ya se ha apuntado anteriormente, en que parte de los hogares que realizan gasto, no sean declarantes del impuesto o bien que no tengan un nivel de renta suficiente como para poder aplicarse la deducción (en ambos casos, quedarían computados como hogares con gasto, pero no formarían parte de los declarantes, o bien formando parte de la población contribuyente, no quedarían incluidos como beneficiarios de la deducción); ii) el elemento de “cultura fiscal” al que anteriormente aludíamos es de esperar que esté más extendido entre las rentas superiores, lo que aumenta la probabilidad de que el gasto objeto de deducción sea también superior (si dicho gasto aumenta con el nivel de renta).

A modo de *resumen*, y antes de adentrarnos en el siguiente apartado, destacamos dos hechos:

i) existen indicios para pensar que la deducción está siendo subaprovechada por parte de los contribuyentes del IRPF (en tanto que el número de beneficiarios de la deducción es muy inferior a aquellos que declaran realizar algún gasto sanitario; y el gasto sanitario total parece superar con creces al que es objeto de deducción), existiendo por tanto un posible potencial para su expansión. Todo ello a pesar del aumento tan espectacular que ha experimentado el coste fiscal de la deducción en los últimos diez años, y el aumento también notorio, si bien no espectacular, en el número de beneficiarios de la misma;

ii) Posiblemente sean los declarantes con rentas superiores aquellos que mejor aprovechan la deducción; ello podría explicar que el gasto correspondiente a la deducción media en el IRPF sea superior al gasto medio por hogar declarado en las EPFs.

Cabría ahondar en el estudio de las causas de esta posible infrautilización. Es evidente que en la medida en que existan individuos que no puedan beneficiarse de la deducción, ésta actuará como mecanismo de financiación pública exclusivamente para colectivos con rentas superiores al mínimo exento, y en general, para los colectivos con rentas suficientes como para que su cuota íntegra no quede ya agotada por otras deducciones.

3. La distribución de la deducción por niveles de renta, y la composición del gasto que está subsidiando

La distribución de la deducción por tramos de renta (base imponible o liquidable) es la siguiente. En términos de la concentración de beneficiarios por tramo de renta, el 72’6% de los declarantes que se practicaban la deducción tenían bases imponibles inferiores a 3.000.000 de

pts, acumulando el 60'9% del importe total de la deducción (datos referidos a 1994). Esta aparente concentración de la deducción en tramos de base imponible medios-bajos, debe matizarse por el hecho de que la mayor parte de los declarantes declaran rentas inferiores a 3 millones: para los diferentes ejercicios, en torno al 70% de los declarantes declaran rentas de hasta 3 millones. Por tanto, la distribución acumulada de beneficiarios es bastante pareja a la distribución acumulada de declarantes, por tramos de renta.

Respecto del número relativo de beneficiarios, éste aumenta con el nivel de renta. Así, mientras que para bases imponibles comprendidas entre 1'4 a 1'8 millones de pts, se aplicaban la deducción el 22'63% de los declarantes, en las rentas de 4'6 a 5 millones el porcentaje ascendía al 45'45%, y para rentas entre 9'4 y 9'8 millones, al 56'80%, porcentaje que se mantiene a niveles similares para rentas superiores (datos correspondientes a 1990). También el importe de deducción media (por beneficiario) es creciente con el nivel de base imponible: a título de ejemplo, la deducción por beneficiario con renta entre 1 y 1'4 millones, ascendía a 9.159 pts., 10.998 para los declarantes con bases de entre 2'2 y 2'6 millones, y 29.628 para bases entre 3 y 3'4 millones pts¹¹.

El resultado de la distribución relativa de declarantes beneficiarios de la deducción, y del aumento de la deducción media a medida que aumenta el nivel de base imponible, configura una deducción ligeramente regresiva, casi proporcional. Es decir, el porcentaje que representaba en relación a la base imponible era prácticamente constante para toda la escala de rentas. Por ello, ante una tarifa del impuesto creciente con la renta (IRPF progresivo formalmente), la deducción produce el efecto de aumentar la progresividad del impuesto, a diferencia de otras deducciones (p.e. la deducción por inversión en vivienda habitual)¹².

Sin embargo, la práctica proporcionalidad de la deducción es el resultado de un comportamiento desigual por tramos de renta: mientras que para los primeros tramos (hasta 3 millones) la deducción es regresiva, para tramos entre 3 y 8-9 millones es prácticamente proporcional, y para tramos superiores es progresiva. Por lo tanto, para la mayor parte de contribuyentes (con rentas de hasta 3 millones), la deducción es de tipo regresivo (aumentando la proporción que representa respecto de la renta, y por tanto, reduciendo la progresividad efectiva del impuesto para dichos tramos, respecto de una proporcional del mismo importe). Para tramos superiores, el aumento en el número relativo de beneficiarios y de la deducción media es insuficiente como para compensar el aumento en la base imponible; lo que determina la

¹¹ . La deducción media para cada tramo se calculó a partir de datos agregados por tramos de base imponible, siendo el resultado de dividir el importe total de deducción en el tramo, por el número de beneficiarios en el mismo. Fuente: E.Martínez (1993), datos referidos a 1990.

¹² véase por ejemplo, E. Marínez García (1996), y Salas et al (1993).

proporcionalidad y progresividad respectiva de la deducción, para los tramos señalados de base imponible superiores.

Este resultado se debe en parte, a la estructura de la deducción, ya que es un mismo porcentaje (del gasto en enfermedad) para cualquier nivel de renta. Porcentajes distintos (por ejemplo, decrecientes con la renta), harían que fuese más progresiva (o menos proporcional), cuestión ésta en la que reincidimos en el apartado cuarto.

Antes de adentrarnos en el siguiente apartado, cabe analizar qué tipo de gasto está subsidiando la deducción, es decir, la *composición del gasto deducido, por niveles de renta*, a fin de poder valorar el papel de la misma como mecanismo de financiación del gasto sanitario, y ante posibles reformas del IRPF y de la deducción.

Cualquier gasto que responda a gasto por enfermedad (y nacimiento de los hijos), puede ser objeto de deducción (incluyéndose las primas de cualquier tipo de aseguramiento). La evidencia disponible sobre cuál es la composición del gasto deducido parece apuntar en la dirección de que son los gastos “no concurrentes” aquellos que absorben una parte más significativa de la deducción¹³. Así, los gastos que realizan los hogares, en servicios de dentistas, son el componente principal de los gastos de los hogares en bienes y servicios de tipo sanitario (representando en torno al 30%, 1990). Los gastos para los que el componente de no concurrencia con los públicos es superior (dentistas, medicamentos y aparatos terapéuticos subvencionados -en la parte no subvencionada-), absorbían en torno a una tercera parte del gasto de los hogares en bienes y servicios sanitarios.

CUADRO 2

Por lo tanto, de reproducirse esta composición de gasto en el que es deducido en el IRPF, la deducción por gastos de enfermedad estaría subsidiando, en aproximadamente una tercera parte, gastos en bienes para los que el componente de discrecionalidad es bajo. Si a las cifras anteriores se le añaden las correspondientes a gastos en medicamentos y aparatos terapéuticos adquiridos sin subvención (de los que parte pueden ser del tipo “no concurrente”), se obtiene un porcentaje del gasto superior al 50%.

También es de destacar que agrupando los gastos “por naturaleza” se obtiene que alrededor del 19% correspondía a medicamentos (año 1990, cuadro 2); sumándole “otros productos de farmacia”, se alcanzaba la cifra del 31%; añadiéndole los gastos en aparatos terapéuticos, se obtiene un gasto en “medicamentos y otros productos de farmacia” que absorbería el 40% del

¹³ Consideramos como gastos no concurrentes aquellos en bienes y servicios no cubiertos por el sistema sanitario público, y por tanto, los que el grado de “voluntariedad” para adquirirlos en el mercado es menor o nulo.

gasto. Si a ello se le añade el gasto en dentistas, se obtiene un total en torno al 70% del gasto de los hogares en bienes y servicios sanitarios. El resto de componentes de gasto, que son especialmente importantes en el sector público, tales como los gastos en hospitalizaciones, suponen una parte menor del presupuesto privado.

Por lo que se refiere a los cambios experimentados por la composición del gasto, entre 1980 y 1990, cabe destacar lo siguiente: el notable aumento experimentado por el gasto en dentistas (y en “otros productos farmacéuticos¹⁴”), muy superior al que experimentaron el resto de gastos; el componente de “servicios médicos” y “medicamentos con subvención” son los que pierden mayor importancia relativa. En relación a 1995, hay que señalar que los datos proceden de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, de menor representatividad y menos fiables que los referidos a 1980 y 1990. Teniendo en cuenta estas salvedades, destaca el aumento experimentado entre 1995 y 1990, por los gastos en servicios médicos (que incluye en generalistas, especialistas, y en pruebas diagnósticas), en servicios de enfermeras y otro personal sanitario, y en aparatos terapéuticos sin subvención.

Una vez analizada la composición del gasto, a continuación se analiza su distribución por niveles de renta. Ya se ha visto anteriormente que el gasto medio que es deducido aumenta con la renta. También el nivel de gasto realizado por los hogares, según las EPFs, es creciente con la renta, así como la probabilidad de realizar gasto (lo que concuerda con los resultados anteriores respecto la probabilidad de deducirse en el IRPF)¹⁵.

Considerando que la distribución del gasto que es deducido en el IRPF por niveles de base imponible, se corresponde con la que se observa en las EPFs, se obtienen los siguientes resultados respecto de la dirección en términos progresividad/regresividad de los componentes de la deducción¹⁶: los gastos no subvencionados aparecen como regresivos (en dentistas, en medicamentos y terapéutica no subvencionada, y en seguros), mientras que los subvencionados son progresivos (medicamentos y terapéutica subvencionada). Finalmente, los realizados en servicios médicos, son ligeramente progresivos. Aunque los niveles de progresividad/regresividad no son notoriamente elevados; más bien están todos ellos cercanos a la proporcionalidad.

4. La reforma del IRPF, de las prestaciones del sistema sanitario público, y el papel de la deducción en el IRPF

¹⁴ Bajo dicha rúbrica se incluyen los gastos en bienes tales como vendas, jeringillas hipodérmicas, bragueros, etc.

¹⁵ Para un análisis de los factores determinantes de la probabilidad de realizar gasto, y de su cuantía, a partir de las Encuestas de Presupuestos Familiares, véase por ejemplo, Murillo et al (1997) y A. López (1998).

¹⁶ Fuente: E. Martínez García (1993). Datos referidos a 1987.

A partir de la información recogida en los epígrafes anteriores, podemos adentrarnos en el análisis del papel de la deducción en el IRPF, a la vista de los posibles y previsibles cambios en las prestaciones del sistema sanitario público, y de la propia reforma del IRPF. Para ello procedemos analizando cuáles serían los resultados que podrían esperarse, en tres contextos, y el tipo de información y análisis que sería necesario disponer, para poder implementar la deducción en la forma que se considere oportuna (entre la que cabe la posibilidad de su desaparición). En cualquier caso, la consideración de las reformas que afecten a la actual deducción en el IRPF debe enmarcarse en un contexto más amplio de reforma del sistema sanitario, que sin embargo, no parece que esté excesivamente claro o al menos, no parece que estén ampliamente consensuado, especialmente en cuanto a las líneas y medidas concretas de actuación (G.López, 1997).

i) *Mantenimiento de la actual deducción* (en términos de su estructura y tipo de gasto que permite deducir). De mantenerse la actual estructura de la deducción, ésta estaría probablemente subsidiando gastos de tipo concurrente con el sistema sanitario público, aparte del no concurrente. Evidentemente, de mantenerse un sistema público sanitario de tipo universal y comprehensivo, la financiación adicional vía IRPF parece poco defendible, especialmente si a ello se le añaden las presiones por contener el déficit público y la tendencia hacia la ampliación de la base del impuesto. En este caso, el impuesto solamente aceptaría aquellas deducciones (u otras formas alternativas) en el impuesto, que tuviesen por objetivo ajustar la renta por aquellos gastos necesarios e inevitables, que reducen la capacidad de pago del contribuyente.

Sin embargo, cabe señalar que existen gastos de tipo concurrente que la deducción está financiando, que no muestran un comportamiento regresivo, sino más bien se acercan a la progresividad (caso de los gastos en servicios médicos, de los cuales, la mayor parte corresponde a especialistas). Ello podría ser el resultado de una búsqueda por parte del consumidor, de características de los servicios que no parece encontrar en los de provisión pública (como una posible reducción en listas de espera), y que no necesariamente se concentra en consumidores de rentas elevadas. En este contexto, cabría analizar si el coste fiscal de la deducción podría verse compensado por una posible reducción en el gasto público que pueda inducir, por un desvío de la demanda desde el sector público al privado¹⁷. De aceptarse la deducción por dicho efecto, quedaría incluido en el conjunto de deducciones de tipo incentivo que nuestro IRPF tradicionalmente ha permitido, y que difícilmente cabe pensar que desaparecerán en su totalidad¹⁸.

¹⁷ Y cuantificar también el posible efecto capitalización en el precio, del subsidio.

¹⁸ En algunos países se aboga por un trato fiscal favorable a distintas formas de gasto privado en sanidad, por ejemplo, en primas de seguro, e incluso en la constitución de fondos para gastos sanitarios, de características

Los posibles efectos redistributivos indeseables de mantener una deducción con objetivos de incentivo, podrían minorarse mediante la estructuración de formas estructurales de la deducción alternativas a la existente, p.e. instrumentándola como un porcentaje decreciente (con la renta del contribuyente) del gasto realizado, o bien simplemente implementando límites máximos de deducción. En este caso, sería necesario encontrar el equilibrio adecuado entre el objetivo redistributivo deseado de la deducción en el IRPF, con la posible reducción en el efecto incentivo pretendido por la deducción, y alterado por la nueva instrumentación de la misma.

Los efectos redistributivos no deseables también podrían cambiarse, en la dirección apuntada, en caso de mantenerse la deducción como un elemento de la “norma” del impuesto, aunque eso sí, entonces sería necesario eliminar de su base, a aquellos gastos realizados en bienes y servicios concurrentes.

ii) *Mantenimiento de una deducción, y reducción de las prestaciones del sistema sanitario público.* Se contempla aquí el caso en el que se produzca una reducción en las prestaciones sanitarias públicas (p.e. una reducción de la lista de fármacos financiados por la seguridad social), o una introducción de copagos en los servicios sanitarios públicos. Dichas medidas, inmersas en un conjunto más amplio de instrumentos para la racionalización del gasto público (y de su contención), podrían ir acompañadas por una ayuda pública, instrumentada en el IRPF (p.e. vía deducción del copago, todo o en parte). La introducción de medidas que actúen sobre el gasto público directo, del tipo de las mencionadas, pueden tener diversos efectos, que cabe analizar y cuantificar¹⁹. A la vista de dichas cuantificaciones, podría instrumentarse la forma de deducción que se considerase más oportuna. Por ejemplo, si el copago tiene por efecto desviar parte de la demanda al sector público, hacia el sector privado, debería disponerse de información sobre qué tipo de demanda y qué colectivo sería el afectado. Si es el colectivo marginal de actuales usuarios del sistema público, con niveles superiores de renta, la deducción podría dejar -o no- fuera de su base a dicho tipo de demanda (dependiendo de si la deducción pretende ser un instrumento de financiación complementaria de ayuda pública, o bien un instrumento de incentivo). En cualquier caso, los gastos privados podrían aumentar p.e. en

similares a los planes de pensiones existentes en España. Sin embargo, el contexto en el que se plantean dichos incentivos fiscales es distinto al español. Concretamente, en Estados Unidos, la mayor parte del gasto es sufragado privadamente, ya sea mediante seguros concertados por las empresas, o por los propios contribuyentes. Véase al respecto, la discusión contenida en M. V. Pauly (1994).

¹⁹ Varios países de nuestro entorno utilizan ya medidas de copago, en búsqueda de una reducción del gasto público. Por ejemplo, Puig (1988) estimó para España, en el período 1967-83, una elasticidad negativa del gasto público farmacéutico real por persona protegida, al copago de los pacientes. Sin embargo, de la evidencia disponible en otros países, no queda claro que la instrumentación exclusiva de medidas de racionalización y/o contención por el lado de la demanda, tales como el aumento en la participación directa del usuario de los servicios públicos haya producido una contención de costes. Véase, para un breve resumen al respecto, R.B. Saltman et al (1997), en donde se argumenta que la evidencia empírica parece demostrar que los efectos son una reducción de la utilización, pero no así de los costes.

medicamentos²⁰, tanto no subvencionados como en los subvencionados (por la parte no subvencionada), y con ello, la progresividad observada de la deducción por dicho concepto (p.e. en medicamentos subvencionados), o se reduciría su regresividad (p.e. de medicamentos no subvencionados), en la medida en que dicho incremento de gasto afecte especialmente a los declarantes del IRPF con rentas inferiores. De hecho, no parece que existan diferencias significativas en la utilización de los servicios sanitarios públicos entre los colectivos con rentas inferiores e intermedias, siendo los colectivos con rentas superiores, un colectivo marginal.

Para paliar los posibles efectos redistributivos no deseables de tales medidas, la deducción podría ser un medio de ayuda pública selectiva, aunque necesariamente deberá pasar por alguna forma, tipo deducción reembolsable, que le permitiese alcanzar a determinados colectivos-objetivo. No hay que olvidar el proceso de envejecimiento de la población y que son los colectivos de mayor edad (y los niños) los mayores generadores de gasto, parte de los cuales probablemente no podrían beneficiarse de una deducción en la forma como la existente. Todo ello a pesar de que parece ser que el número de contribuyentes mayores de 65 años va en aumento (representaban en 1994, al menos el 13'97% del total de contribuyentes, con un aumento del 13'65% respecto del ejercicio anterior²¹), aunque no se dispone de información para poder determinar en qué tramos de renta se encuentran.

iii) *La deducción como "mínimo vital"*. Alternativamente, la deducción en la cuota podría sustituirse por una ampliación del mínimo exento (o incluirse en el denominado "mínimo vital"). Ello permitiría que extendiese su cobertura en términos de número de beneficiarios potenciales, tanto si se instrumenta como un importe a tanto alzado, como una cuantía que sea una función del gasto realizado. Sin embargo, en la medida en que no sea "reembolsable" continuaría dejando fuera de su alcance a un colectivo no despreciable de afectados por las posibles reducciones en la cobertura pública directa (p.e. parte de los pensionistas).

Además, debe tenerse presente que una deducción o reducción en la base imponible, de igual importe (a igual gasto) sea cual sea la renta del individuo, es equivalente a una deducción en la cuota de importe creciente con el nivel de renta (en la medida en que el tipo impositivo marginal sea creciente con la renta). Por tanto, podría producir efectos redistributivos en la dirección contraria a la progresividad del impuesto, por lo que requeriría de cambios en la estructura del impuesto, que los compensasen. Además, un mínimo exento a tanto alzado,

²⁰ A pesar de que los estudios empíricos parecen indicar que la demanda de medicamentos presenta una elasticidad negativa respecto del precio, (véase p.e. Alexander et al, 1994), el gasto privado podría aumentar, ante una elasticidad relativamente baja, a consecuencia del aumento en el precio-copago. Sería interesante, para poder evaluar los efectos sobre el presupuesto familiar, por niveles de renta y por tipo de prestaciones (p.e. diferenciando las recetas por enfermedades crónicas de las restantes), y consecuentemente, para implementar la deducción acorde, disponer de las elasticidades por niveles de renta.

²¹ Cifra que corresponde al número de declarantes que se aplicaban la deducción por edad igual o superior a 65 años.

correspondiente a gastos de enfermedad, supondría estar subsidiando a colectivos que no realizan gasto privado, y para otros, el importe de la reducción en su cuota líquida sería inferior (superior) a la que gozan en la actualidad. En cualquier caso, también podría instrumentarse un mínimo exento variable con el nivel de renta, que responda o no al gasto privado real del ejercicio, y con la amplitud deseada (gasto concurrente o no concurrente).

De todas formas, la inclusión de un mínimo vital por gastos de enfermedad sería posiblemente inferior a su equivalente, en términos medios, a la deducción en la cuota vigente actualmente, si la filosofía subyacente en un “mínimo vital” sólo permite incluir a aquellos gastos “necesarios”, por lo que debería dejar fuera a aquellos en servicios concurrentes. Ello supondría dejar fuera por ejemplo, al gasto en servicios médicos, que en la deducción actual del IRPF, son de los pocos que probablemente sean de tendencia progresiva.

Referencias

Alexander, D., Flynn, J., y Linkins, L. (1994): "Estimates of the demand for ethical pharmaceutical drugs across countries and time", *Applied Economics*, nº 26, pp. 821-826.

López, A. (1997): "Unobserved Heterogeneity and censoring in the demand for health care", *Economic Working Paper*, nº 240, Universidad Pompeu Fabra.

López Casanovas, G. (1997): "En torno a la reforma del Sistema Nacional de Salud", *Cuadernos de Información Económica*, 127, pp. 113-126.

Martínez García, E. (1993): *Efectos redistributivos de los gastos fiscales en el IRPF. Estudio particular del gasto sanitario privado*, Universidad de Barcelona, 1993.

Marínez García, E. (1996): "Do regressive tax expenditures always reduce the progressivity and redistributive capacity of the personal income tax? an analysis of tax credits", *Public Finance/Finances Publiques*, vol.5, nº2.

Ministerio de Economía y Hacienda (varios años): *Memorias de la Administración Tributaria*.

Murillo C., Calonge, S. y González, Y (1997): "La financiación privada de los servicios sanitarios", en G.López y D.Rodríguez (coord.), *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Ed. Cívitas.

O.C.D.E. (1994): "The reform of health care systems", *Health Policy Studies*, nº5, O.C.D.E., París.

Pauly, M.V., (1994): *An analysis of medical savings accounts*, American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, D.C.

Puig Junoy, J (1988): "Gasto farmacéutico en España. Efectos de la participación del usuario en el coste", *Investigaciones Económicas*, nº 12,1, pp. 45-68.

Salas, R., Pérez-Villacastín, E. (1993): "La progresividad y la capacidad redistributiva de la tarifa y de las deducciones en la cuota del IRPF, 1982-1988", *Hacienda Pública Española*, nº 127/4., pp. 127-136.

Saltman, R. B. y J. Figueres (1997): *European health care reform. Analysis of current strategies*, WHO, Copenhage.

Saralegui, J. (1997): “El gasto sanitario medio por hogar alcanzó las 83.934 ptas. en 1995 según la EPF”, *Fuentes Estadísticas*, nº23, febrero, pp. 13-14.

Cuadro 1

**IMPORTE DE LA DEDUCCIÓN POR
ENFERMEDAD, EN EL IRPF (*)**

EJERCICIO	IMPORTE (mill.ptas)	Variación	% respecto tot.deduc.(2)
1990	28.866		3%
1991	36.576	27%	3%
1992	47.473	30%	5%
1993	55.534	17%	6%
1994	66.875	20%	6%
1995(1)	76.906	15%	n.d.
1996(1)	88.442	15%	n.d.

Fuente: Memorias de la Administración Tributaria, M^o Economía y Hacienda.

(*)Excluidos P.Vasco y Navarra.

(1) Estimaciones.

(2) Porcentaje que representa respecto al total de deducciones en la cuota.

n.d.: no disponible. Las cifras estimadas en los PGE no coinciden con las efectivamente deducidas.

Cuadro 2

GASTO MEDIO POR HOGAR, AÑO 1995

CLASIFICACIÓN GASTOS	TOTAL (PTAS)	(%)
TOTAL (SERV. MED.Y GTOS.SAN)	83.934	100%
Medicamentos	13.494	16%
sin subvención	9.917	12%
con subvención	3.577	4%
A. Terapéuticos	9.603	11%
sin subvención	9.211	11%
con subvención	392	0%
Otros productos farmacéuticos	6.236	7%
S.Dentistas	22.932	27%
S.Médicos	16.613	20%
Seguros	10.770	13%
S.Enfermeras y otros sanitarios	1.657	2%
Hospitales	2.596	3%
Gastos no desglosables	33	0%

Fuente: J. Saralegui (1997), en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares

GASTO MEDIO POR HOGAR, AÑO 1990

CLASIFICACIÓN GASTOS	PTAS	(%)
TOTAL (SERV. MED.Y GTOS.SAN)	65.086	100%
Medicamentos	12.162	19%
sin subvención	8.587	13%
con subvención	3.575	5%
A. Terapéuticos	6.018	9%
sin subvención	5.063	8%
con subvención	954,6	1%
Otros productos farmacéuticos	7.855	12%
S.Dentistas	19.345	30%
S.Médicos	8.443	13%
Seguros	7.259	11%
S.Enfermeras y otros sanitarios	1.038	2%
Hospitales	2.703	4%
Gastos no desglosables	264	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de Murillo et al (1997) en base a la EPF, 1990-91, INE.

GASTO MEDIO POR HOGAR, AÑO 1980

CLASIFICACION GASTOS	PTAS	(%)
TOTAL(SERV. MED.Y GTOS.SAN)	20.648	100%
Medicamentos	5.626	27%
sin subvención	3.308	16%
con subvención	2.318	11%
A. Terapéuticos	1.779	9%
sin subvención	1.591	8%
con subvención	188	1%
Otros productos farmacéuticos	981	5%
S.Dentistas	3.470	17%
S.Médicos	4.612	22%
Seguros	2.830	14%
S.Enfermeras y otros sanitarios	343	2%
Hospitales	699	3%
Gastos no desglosables	308	1%

Fuente: Elaboración propia a partir de Murillo et al (1997) en base a la EPF, 1980-81, INE.