

ESTUDIOS SOBRE LA ECONOMIA ESPAÑOLA

**Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas
de gasto y financiación sanitarias**

Samuel Calonge y Marisol Rodríguez

EEE 26



Fundación de Estudios de Economía Aplicada

<http://www.fedea.es/hojas/publicado.html>

CONSECUENCIAS DISTRIBUTIVAS Y DE EQUIDAD DE LAS POLITICAS DE GASTO Y FINANCIACION SANITARIAS

Samuel Calonge y Marisol Rodríguez.¹
(Universidad de Barcelona)

Texto publicado en Papeles de Economía Española no 76. Monográfico en Economía de la Salud. FUNCAS, CECA, Madrid, 1998.

RESUMEN

En los dos primeros apartados, el trabajo aborda el análisis de los diferentes conceptos y medidas que se utilizan en torno a las nociones de equidad y distribución, haciendo un intento de clarificación dada la confusión que a menudo se observa en este área. Al respecto, se propugna un enfoque conjunto del impacto redistributivo del sistema de gastos e impuestos que afectan a la sanidad, con el fin de identificar el “balance neto” de la acción del Estado sobre el bienestar de los individuos. En el tercer apartado se resumen los resultados obtenidos por los autores en sus estudios sobre la evolución de la progresividad de la financiación del sistema sanitario español. Se destaca que la financiación del sistema ha pasado de ser levemente regresiva en 1980 a situarse prácticamente en la proporcionalidad en 1990. Curiosamente, se observa que esta mejora en la equidad no procede de la reforma de la financiación prevista en la Ley General de Sanidad y llevada a la práctica por la Ley de Presupuestos de 1989 según la cual los impuestos pasaron a ser la principal fuente de financiación, sino que la mejora se hubiese producido igualmente como consecuencia de los cambios acontecidos en las propias fuentes de financiación. Partiendo del hecho de que el sistema sanitario es casi proporcional por el lado de la financiación, en el apartado cuarto analizamos y constatamos que el efecto redistributivo de la sanidad pública tiene lugar a través del gasto. El efecto redistributivo neto estimado representa el 31% del gasto sanitario público realizado. Más aún, el 15% de los individuos con menos recursos absorben el 48% de dicho saldo neto. Parece indudable, por consiguiente, que para ese segmento de la población la sanidad pública, como uno de los componentes principales del Estado del Bienestar, tiene un papel importante. A su vez, es el 21% más rico de la población el que financia el 87% de ese volumen de prestaciones que son redistribuidas en términos netos.

¹ Los autores agradecen a Encarna Perán y Joana Reñé la colaboración prestada en la realización de los trabajos utilizados para este artículo. Agradecemos también la ayuda institucional del Instituto de Estudios Fiscales, FIS 93/0924 y CICYT SEC96-1011-C02-01. Finalmente, Guillem López Casasnovas hizo sugerencias que mejoraron el original, por lo cual también le manifestamos nuestro reconocimiento.

I. EL CONCEPTO DE EQUIDAD.-

La eficiencia constituye un objetivo básico y no discutido de las políticas económicas en general, y de la política sanitaria en particular. Los fallos del mercado en el logro de la eficiencia (fundamentalmente asimetría de información y externalidades en el caso de la sanidad) justifican la intervención del sector público en la financiación y la prestación de los servicios sanitarios. Sin embargo, dicha intervención no se basa únicamente en razones de eficiencia. Si así fuera, los recursos sanitarios se aplicarían prioritariamente allá donde los resultados obtenidos -tanto en términos económicos como de mejora de la salud- fueran mayores. Es evidente, por tanto, que la intervención del sector público se justifica también por razones de equidad, dada la consideración de la sanidad como bien preferente.

El criterio de eficiencia lleva implícito el individualismo como guía básica de los juicios morales, mientras que los argumentos de equidad implican el rechazo de dicho individualismo como pauta exclusiva en el ámbito moral. Rechazo que se produce por dos razones fundamentales; una, porque entraría en conflicto con el principio ético superior de que todos los individuos son moralmente iguales. Y dos, porque el individualismo da lugar a una subjetividad en el concepto de utilidad que puede ser cuestionable e incluso inconsistente con cualquier criterio objetivo que se utilice para valorar una determinada situación o actividad (Zubiri, 1994). Esta igualdad moral está por encima de cualquier consideración individualista y confiere a los individuos el derecho a que se respete su vida, su dignidad y a que se les proporcione un acceso igual a los elementos esenciales para conservar dicha vida. Entre ellos, los servicios médicos.

Desde el punto de vista de la financiación del sistema sanitario, el rechazo del individualismo, junto con el principio de igualdad de acceso, implican que los seguros sanitarios públicos no pueden financiarse como los seguros médicos privados, en los que las primas o cotizaciones de cada uno se determinan según el riesgo, o en todo caso son uniformes, ni tampoco deben basarse en la disponibilidad a pagar (demanda). Puesto que no todos los individuos tienen la

misma capacidad de pago, no todos deben pagar por igual. Se trata del conocido principio de *equidad vertical*, según el cual los desiguales deben ser tratados desigualmente.

Desde el punto de vista distributivo², es decir, quién recibe el gasto o la prestación de los servicios, el principio de igualdad moral requiere que todos los individuos reciban igual tratamiento para igual necesidad (concepto de *equidad horizontal*). Según Williams (1978), hay necesidad si hay capacidad potencial de beneficio, es decir, siempre que la utilidad marginal de la atención sea mayor que cero. Pero como Zubiri señala, y contrariamente a la visión implícita en los primeros escritos de la escuela de York sobre el tema (ver el propio Williams, Culyer 1993, etc), la magnitud de la necesidad no es igual a la magnitud de la capacidad de beneficio. La magnitud de la necesidad es igual al coste de los recursos necesarios para obtener esa capacidad de beneficio (Zubiri, op.cit.). Por consiguiente, la necesidad de dos individuos puede ser igual, aunque la capacidad de beneficio sea diferente, y a la inversa, la capacidad de beneficio puede ser igual, pero la necesidad de servicios para obtenerla diferente. Observemos que la definición de equidad horizontal se refiere a la necesidad y no a la capacidad de beneficio. Si el criterio de distribución de los recursos sanitarios fuera la capacidad de beneficio, de hecho estaríamos aplicando un principio de eficiencia -maximización de la salud total de la población- y ello podría llevar a establecer prioridades que, cuando mínimo vulnerarían la igualdad de acceso, y en el extremo podrían ser peligrosas.

Dentro de las diferentes corrientes o enfoques sobre la organización económica y social, los anteriores conceptos de equidad vertical y horizontal entroncan con la visión socialdemócrata y marxista de la misma y están en la base de los sistemas sanitarios públicos, entre ellos, la mayoría de los europeos, en cuyos ordenamientos jurídicos aparecen explícita o implícitamente expresados. No obstante, bajo la tradición neoliberal los principios de equidad aplicables a la sanidad ponen el acento más en aspectos de maximización que de distribución, y más en la preocupación por cubrir unos estándares mínimos que por el igualitarismo. Este es el enfoque imperante en los países con sistemas sanitarios básicamente privados, como por ejemplo Estados Unidos y Suiza. (Para una discusión más detallada sobre las diferentes conceptos de equidad en sanidad ver Rodríguez, 1992).

² El concepto de distribución hace referencia a la forma en que el producto de una sociedad, la renta, se divide entre los diferentes miembros de la misma, o entre los factores productivos que han contribuido a su producción.

II. MEDIDAS DE LA EQUIDAD Y LA DISTRIBUCIÓN. ANTECEDENTES.-

En la literatura económica sobre estos temas, los conceptos que más se han trabajado son los de distribución y redistribución (la cuestión de la distribución estaba ya presente en los escritos del economista inglés del siglo XIX David Ricardo), así como los de desigualdad, incidencia y progresividad; sólo modernamente se ha tratado de la equidad. El problema es que todos estos conceptos aparecen muy frecuentemente mezclados y utilizados como sinónimos, lo cual dificulta la comparación de los estudios que se realizan. A continuación realizamos un intento de explicación que esperamos contribuya a la clarificación del tema.

El grado de redistribución provocado por una determinada política se mide comparando la distribución de la renta ex-ante y la que resulta después de la aplicación de la misma; es decir, por la diferencia entre los coeficientes de Gini previo y posterior a la política³. Concretamente, la variación porcentual experimentada por dicho coeficiente es el llamado índice de Reynolds-Smolensky. En definitiva, un efecto redistributivo implica que hay algo que tienen unos y va a parar a otros. Observemos que se puede inducir un impacto redistributivo tanto mediante políticas de modificación del gasto como mediante políticas de modificación de los impuestos. En el primer caso estaríamos comparando la distribución de la renta disponible antes de una determinada medida con la distribución de la renta una vez sumadas a dicha renta disponible las transferencias recibidas, ya sean monetarias o en especie - esta es la que se conoce como renta final. Cuando el impacto redistributivo se debe a una alteración impositiva, su magnitud se calcula comparando los coeficientes de Gini de la renta antes y después del cambio de los impuestos.

Por otra parte, el concepto de progresividad -que también se puede expresar en el sentido del gasto y en el sentido de los impuestos- se refiere a si existe proporcionalidad, o más o menos que proporcionalidad, entre la renta que se posee y los bienes que se obtienen, por un lado, y la renta que se tiene y los impuestos que se pagan por el otro. En concreto, en el primer caso se

compara el porcentaje de renta correspondiente a cada individuo o grupo con el porcentaje de gasto recibido, y en el segundo el porcentaje de renta con el porcentaje de impuestos pagados.

Resumiendo, podríamos decir que hasta aquí, tanto al hablar de redistribución como de progresividad, lo que se está comparando es *quién tiene-quién recibe*, por un lado, y *quién tiene-quién paga*, por el otro. Más explícitamente, el impacto del sistema de gastos y el impacto del sistema de impuestos aparecen analizados separadamente. Sin embargo, hacer referencia a quién y cuánto recibe un individuo o grupo sin tener en cuenta cuánto ha contribuido o pagado ese mismo individuo o grupo proporciona una visión parcial de la intervención del Estado sobre el bienestar de los ciudadanos mediante su acción sobre impuestos y gastos. Es más correcto, y muestra una visión más global del sistema, analizar el impacto redistributivo comparando *quién paga y quien recibe*, dada una ordenación de renta, obteniendo de esta manera una estimación del saldo neto para el individuo de los flujos originados por la política estatal⁴.

El impacto redistributivo del gasto sanitario, ceñido a la óptica de quién tiene-quién recibe, es uno de los aspectos que estudió Bandrés Moliné (1990) referido a datos de 1980. Su conclusión, una vez imputado el gasto sanitario público por niveles de renta, fue que dicho gasto era redistributivo pues tanto medido en términos de gasto por hogar como de porcentaje sobre la renta disponible, los hogares con menores ingresos eran los más favorecidos. Estruch (1996), bajo una perspectiva similar pero referida a datos de 1990, también concluye que el gasto sanitario es redistributivo, aunque, al igual que los otros gastos en bienes sociales (educación, vivienda y cultura), lo es escasamente; es decir la reducción de la desigualdad que se produce respecto de la renta disponible es pequeña, y menor que la que producen los gastos públicos en prestaciones sociales (monetarias). La razón, aduce el autor, es que la configuración de estos gastos es básicamente horizontal. En el caso concreto del gasto público en sanidad, Estruch calcula una incidencia (porcentaje sobre la renta disponible) global del

³ Recordemos que el coeficiente de Gini calcula la concentración/dispersión en la distribución de la renta con respecto a la renta media.

⁴ Análogamente, la definición de equidad horizontal dada más arriba, donde lo que se compara es *quién necesita-quién recibe* dada una ordenación de renta, constituye otra forma de ampliar la perspectiva distributiva más allá del *quién tiene-quién recibe* pues aunque una determinada política de gasto resulte, por ejemplo, progresiva porque beneficie más a los más pobres, puede que ello no sea así *relativamente* a su necesidad.

7,6%; todas las decilas de renta están alrededor de esta cifra y sólo la primera y la segunda se benefician algo más (incidencias de 8,24 y 8,15 por ciento respectivamente).

Por el lado de los impuestos, y bajo la óptica de la progresividad, los estudios empíricos más conocidos son los realizados por los equipos internacionales liderados por Wagstaff y Van Doorslaer, sobre la comparación de la equidad de diversos sistemas sanitarios europeos más Estados Unidos (ver, por ejemplo, Van Doorslaer, Wagstaff y Rutten, 1993, donde se incluye un capítulo sobre el caso español del que somos autores y al que nos referiremos en la sección siguiente). Su objetivo es contrastar hasta qué punto los pagos para financiar la sanidad aumentan, disminuyen o se mantienen constantes como proporción de la renta a medida que ésta aumenta. En definitiva, partiendo de quién tiene-quién paga, se intenta estimar el grado de equidad vertical en la financiación de diversos sistemas sanitarios y hacer comparaciones entre ellos. El objetivo genérico que ha presidido las investigaciones del grupo es dotar de argumentos y bases de discusión al debate sobre las implicaciones, en su vertiente de equidad, de las reformas de los sistemas sanitarios que se están llevando a cabo en la mayoría de los países implicados.

El cálculo del grado de progresividad o equidad vertical se realiza mediante el índice de Kakwani, que es la diferencia entre el índice de concentración de los pagos y el índice de Gini de concentración de la renta. Si no hubiera diferencia, los pagos serían totalmente proporcionales a los ingresos de los individuos o las familias. Un índice de Kakwani positivo indica que los pagos están más desigualmente repartidos que la renta, la cual tendría una concentración alrededor de la media mayor. Por consiguiente, el sistema o la fuente concreta de financiación de que se trate sería progresivo. Al contrario, si el índice de Kakwani resulta negativo la conclusión es que el sistema o la fuente de financiación es regresivo; pagan relativamente menos los que más tienen. Los resultados referidos al año 1980 o cerca mostraban que solamente tres países de los diez participantes en el estudio -el Reino Unido, Irlanda y Portugal- tenían una financiación progresiva de la sanidad, es decir, índices de Kakwani positivos (Van Doorslaer, Wagstaff y Rutten, op.cit.). Los trabajos han sido recientemente actualizados y mejorados en cuanto a la metodología y se han incorporado más países; los nuevos resultados ponen de manifiesto que de los doce países para los que se ha podido hacer el análisis seis exhibían índices de Kakwani positivos y otros seis negativos, aunque tanto en un grupo como en el otro varios de ellos tenían índices muy cercanos a la

proporcionalidad (Wagstaff, Van Doorslaer et. al., 1998). En cuanto a la tendencia, no emerge ningún patrón claro, pues mientras en unos ha mejorado la progresividad (o disminuido la regresividad) global del sistema, en otros ha ocurrido al contrario. Por fuentes de financiación, sí se observa una tendencia de las cotizaciones sociales a hacerse menos regresivas, o incluso a volverse progresivas. España, cuyos resultados comentamos en el siguiente apartado, ocupaba en ambas ocasiones una posición intermedia en el “ranking”.

Finalmente, Calonge y Manresa (1997) se plantean un objetivo más ambicioso. Además de analizar la progresividad y la redistribución del sistema de impuestos y beneficios sociales en nuestro país, tratan de identificar el efecto redistributivo conjunto de los gastos y los pagos (*quién paga-quién recibe*) al que aludíamos antes. Con datos de 1990, estos autores estiman el balance neto de los hogares ante la administración, al considerar que el gasto en transferencias y prestaciones sociales (pensiones, desempleo, sanidad, educación y vivienda) es financiado por los impuestos que pagan los propios beneficiarios del gasto público social. Su análisis permite, además, estudiar qué porcentaje del gasto social es finalmente redistribuido, así como quién se beneficia de dicha redistribución y quién la financia. Subrayan como uno de los resultados cruciales de su trabajo que es el gasto público consustancial al Estado del Bienestar y no los impuestos el instrumento que tiene un efecto redistributivo claro. Los gastos sociales juegan un papel muy importante en la redistribución de la renta de los hogares y en la reducción de las desigualdades. Del porcentaje de redistribución de la renta alcanzado 32,4% (variación porcentual entre la renta inicial y renta final de las familias), un 82,11% se debe al gasto social (que se reparte entre un 54,96% para prestaciones en efectivo y 27,15% para prestaciones en especie⁵) y el resto al efecto de los impuestos. Dado que las prestaciones sanitarias representan el 55,2% del total de las prestaciones en especie, y haciendo extrapolaciones sobre estos resultados, podemos llegar a la conclusión que la participación de las prestaciones sanitarias sobre el efecto redistributivo total ha sido del orden del 14,9%. Por otro lado, estos autores estiman que el volumen de gasto social redistribuido, en términos netos, es una cifra que supone alrededor del 10% de la renta disponible familiar de 1990. Aunque pueda parecer una cifra relativamente modesta, el gasto social juega un papel muy importante en la redistribución de la renta de los hogares y la reducción de la desigualdad. En suma, lo que se pretende destacar también es que cualquier reforma del Estado del Bienestar

⁵ Teniendo en cuenta que en 1990 las prestaciones en efectivo ascendieron a 6.800 millones y las prestaciones en especie a 5.113 millones de pesetas, el impacto redistributivo de estos últimos considerado en términos relativos - peseta por peseta- es menor que el de las prestaciones en efectivo.

que tenga en cuenta aspectos redistributivos debe contemplar de manera conjunta el sistema de ingresos y gastos.

La discusión realizada en párrafos anteriores permite comprender mejor el alcance de los trabajos que presentamos en los apartados siguientes. El tercer apartado muestra la evolución de la progresividad de la financiación del sistema sanitario español en la última década y en el cuarto procedemos a hacer el análisis del efecto redistributivo conjunto del gasto y la financiación sanitaria. Con ello esperamos dar una visión más precisa y global sobre los rasgos de equidad de nuestro sistema sanitario.

III. PROGRESIVIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: ANÁLISIS COMPARADO 1980-1990.-

En este apartado se analiza la equidad vertical (en el sentido de progresividad tal como se ha definido) del sistema sanitario español tomando como períodos de referencia los años 1980 y 1990. Este análisis es especialmente relevante por dos razones. En primer lugar, porque durante este período de tiempo tuvo lugar una modificación significativa de las fuentes de financiación de la sanidad. En segundo lugar, porque no sólo hubo cambios en la estructura financiera sino también cambios legislativos acontecidos sobre las propias fuentes. El estudio de la progresividad de la financiación sanitaria entre estos dos períodos de tiempo y su evaluación mediante los correspondientes índices (Kakwani y Suits) proporcionará entonces información relativa al impacto ejercido por estas medidas sobre la equidad del sistema sanitario y sus fuentes de financiación.

3.1 Evolución de la financiación de la sanidad en España

El cuadro 1 pone de relieve dos fenómenos importantes, la inversión del papel que juegan los impuestos y las cotizaciones en la financiación pública de la sanidad y la disminución del peso de los gastos privados en sanidad sobre el total de la financiación.

{Cuadro 1}

En abril de 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad, que deroga la legislación anterior y cambia el modelo de nuestra sanidad pública. El sistema sanitario español respondía hasta

entonces al denominado modelo de Seguridad Social (Bismark), en cuyo origen primaba la idea de aseguramiento (compartición de riesgos) y en el que el derecho a la cobertura de la sanidad pública estaba ligado a la situación laboral y a la cotización previa a la misma por parte de empleados y empleadores.

La Ley General de Sanidad cambia las premisas de partida del sistema, que pasa a basarse en el modelo de Servicio Nacional de Salud (Beveridge) donde la sanidad se define como una prestación social desligada de los aspectos contributivos: la población española tendrá derecho a acceder a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva por el mero hecho de ser ciudadano del país. Este giro en la filosofía de la prestación se pensaba que debía ir unido necesariamente a una reforma de la estructura de financiación del sistema sanitario. Ello se concreta a partir de la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989, que marcó un profundo cambio en dicha estructura. En esencia, las anteriores transferencias del Estado a la Seguridad Social se hacen finalistas y deberán destinarse a financiar la prestación de la asistencia sanitaria, de manera que los impuestos y otros ingresos generales del Estado pasan a tener mucho más peso que las cotizaciones sociales. Así, se sanciona el principio de que la financiación de la sanidad ha de ir asociada a la capacidad de pago y, por tanto, a la tributación general. De hecho, el Pacto de Toledo ratifica este principio y contempla la eliminación de las cotizaciones sociales de la financiación sanitaria, que actualmente ya sólo suponen alrededor del 5% de la misma.

Por su parte, el descenso relativo de los pagos privados en el total de la financiación, a pesar del crecimiento que experimentó la financiación privada durante este período de tiempo, está asociado a la extensión paulatina de la cobertura pública, hasta llegar a la práctica cobertura universal en el año 1989. De hecho, los gastos privados aumentaron entre 1980 y 1990 a una tasa anual media en términos nominales del 13,5% mientras que la financiación pública crecía a una tasa del 15,3% (Rodríguez, Murillo y Calonge, 1993). Una de las medidas que tuvo un mayor impacto en el crecimiento de la cobertura pública fue la inclusión de los trabajadores autónomos dentro de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en 1984. El aumento de la población cubierta conjuntamente con la mejora de la sanidad pública -desde una mayor facilidad de acceso en la atención primaria a una mayor profesionalización de los hospitales- pueden explicar la disminución relativa de los gastos privados en el total del gasto sanitario.

3.2 Cambios legislativos en el sistema tributario.

Entre 1980 y 1990 se producen también profundos cambios en el sistema tributario español. Los más significativos han sido la sustitución del ITE y otros impuestos indirectos por el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) con el fin de armonizar nuestra fiscalidad indirecta con la de los socios de la Unión Europea, y la desaparición de la familia como única unidad contribuyente en el IRPF. La implantación del IVA en España fue calificada de gran éxito por todos los especialistas, incluso los dos primeros ejercicios económicos la recaudación fue muy superior a las previsiones, lo que provocó que los ingresos por impuestos indirectos fuesen superiores a los ingresos por impuestos directos.

En los impuestos directos, el cambio más significativo es la posibilidad de fraccionar fiscalmente las familias. Hasta el ejercicio de 1990, cada unidad familiar tenía que declarar las rentas obtenidas por cada uno de sus miembros de forma agregada. Esta situación fue catalogada por el Tribunal Supremo de inequidad para las familias en la que había más de un perceptor de renta y como un agravio respecto a las parejas que conviven sin estar casados, que no se consideraban unidad familiar. Dado que la tarifa del impuesto es progresiva, ello implica una cuota íntegra proporcionalmente más elevada que la suma de las cuotas de las declaraciones individuales.

3.3 Metodología.

Tal como la hemos definido, el análisis de la equidad vertical consiste en la comparación de dos variables: la renta de los individuos como expresión de su capacidad de pago por un lado, y las contribuciones que éstos realizan para financiar la sanidad por el otro. Las fuentes principales de información sobre las que se ha construido la estimación de estas variables son las Encuestas de Presupuestos Familiares de 1980-81 y 1990-91; por lo tanto, la unidad básica de análisis es la familia. La renta es renta bruta estimada e incluye todo tipo de ingresos, sea cual fuere el concepto de percepción. No obstante, para tener en cuenta las economías de escala de vivir juntos y aproximarnos mejor al concepto de capacidad de pago, esta renta bruta se ha ponderado mediante una escala de equivalencia que incorpora el tamaño y la estructura de edad la familia. En definitiva, la variable estimada es la *renta bruta equivalente*.

En relación a los pagos, éstos han sido imputados utilizando diversas informaciones relativas a cada una de las fuentes de financiación presentadas en el cuadro 1. De manera resumida, los impuestos directos pagados por cada familia (sólo el IRPF) se han estimado calculando las bases imponibles, según la legislación vigente para cada concepto de ingresos en cada uno de los años, y aplicando los tipos impositivos efectivos por tramos que resultan de las Memorias Tributarias⁶. Para el cálculo de la carga en concepto de impuestos indirectos se ha utilizado una metodología que consiste básicamente en aplicar los tipos impositivos efectivos soportados por cada producto o grupos de productos a la estructura de gasto concreto de cada familia participante en las encuestas. Dichos tipos impositivos se han tomado de las estimaciones hechas por Alvarez y col. (1988) para la EPF de 1980 y Mayo y Salas (1993) para la EPF de 1990. En cuanto a las cotizaciones sociales, se han estimado diferenciando entre trabajadores autónomos y asalariados, teniendo en cuenta la existencia de “techos” y “suelos” en la contribución. En el caso de los asalariados, la hipótesis de incidencia que se ha adoptado es que tanto la parte de la cotización pagada por el empresario como la pagada por el trabajador es soportada por el trabajador. Una vez calculado el total de la factura impositiva pagada por cada una de las familias por cada uno de los tres conceptos anteriores, se ha estimado la parte destinada a sanidad teniendo en cuenta los porcentajes que cada una de estas fuentes de financiación representaba a nivel macroeconómico en el año respectivo (ver cuadro 1). Finalmente, los pagos hechos directamente por las familias se han obtenido de las propias encuestas. Los diecisiete grupos de gastos privados considerados se han agrupado en dos: gasto en primas de seguros privados y pagos directos, que incluye todos los demás, como visitas médicas, medicamentos con y sin subvención, gasto en dentista, etc. Para evitar problemas de comparabilidad que podrían sesgar la magnitud de los índices de progresividad, todos los pagos han sido ponderados por la misma escala de equivalencia aplicada a la renta.

3.4 Resultados empíricos

Las tablas 1 y 2 muestran, para los años 1980 y 1990 respectivamente, la distribución de la renta antes de impuestos y de los pagos sanitarios (público y privado) estimados según la metodología explicada en el apartado anterior⁷. Los índices de progresividad (Kakwani y Suits)

⁶ Evidentemente, al hacerlo así estamos haciendo abstracción del posible fraude existente, cuya estimación no forma parte de los objetivos de este trabajo.

⁷ Los resultados correspondientes al año 1980 son muy similares pero no idénticos a los publicados anteriormente por lo mismos autores (Rodríguez, Calonge y Reñe, 1993). Ciertas mejoras introducidas en la metodología y la necesidad de comparabilidad con los resultados para el año 1990 han aconsejado la reestimación de los cálculos realizados entonces.

de cada una de las fuentes de financiación están calculados usando directamente los datos individuales, es decir, punto por punto en la muestra; los subtotales y totales son ponderaciones de los índices individuales, utilizando como pesos los porcentajes macroeconómicos de financiación. De la comparación de resultados para los años 1980 y 1990, se pueden extraer las siguientes conclusiones respecto a los principales cambios que tuvieron lugar durante dicho período.

En primer lugar, la distribución de la renta antes de impuestos en España se ha hecho un poco más igualitaria, tal y como evidencia la disminución experimentada en el índice de Gini al pasar del 0,3852 al 0,3625, es decir, una reducción aproximada del 5%. En segundo lugar, los impuestos directos son, claramente, una fuente progresiva de financiación, tal y como muestran los índices de progresividad para esos años (por ejemplo, $Kakwani_{1980} = 0,112$ y $Kakwani_{1990} = 0,212$). Si tomamos los resultados del año 1990, observamos que la progresividad del impuesto reside en las decilas de renta superior, lo cual era de esperar dados los tipos marginales en los tramos superiores del impuesto, que le dan al IRPF un carácter progresivo. Por ejemplo, si tenemos en cuenta este último año del análisis (1990), la primera decila posee el 2,6% de la renta mientras que sólo contribuye con el 0,3% de los impuestos directos que financian la sanidad. En el otro extremo, la decila más rica posee el 27,7% de la renta y aporta el 41,2% de la financiación vía impuestos directos. En tercer lugar, se produce un cambio cualitativo importante respecto a la financiación sanitaria a través de la imposición indirecta que tiene que ver con la sustitución del ITE y los otros impuestos indirectos por el IVA en 1986. Como excepción, conjuntamente con Portugal, los impuestos indirectos en España aparecían como progresivos en 1980. La explicación dada entonces aludía a los diferentes tipos impositivos soportados por los diferentes grupos de gasto, con una tendencia a gravar menos los bienes necesarios (por ejemplo, el tipo impositivo medio soportado por el grupo alimentación era sólo del 4%) respecto a otro tipo de bienes (así, el grupo transporte y comunicaciones tenía un tipo impositivo medio superior al 23%). Como puede observarse en la tabla 2, los impuestos indirectos tienen en 1990 una estructura claramente regresiva⁸, tal y como indica el índice de $Kakwani_{1990} = -0,153$. Este resultado contrasta de forma notoria con el valor del índice para el año 1980, $Kakwani_{1980} = 0,0107$. Globalmente, la combinación de ambos efectos -por una lado,

⁸ Nuestra conclusión respecto a la progresividad de los impuestos indirectos es opuesta a los resultados obtenidos por Mayo y Salas (1993), a pesar de que hemos aplicado los tipos efectivos del IVA utilizado por estos autores. La explicación radica seguramente en que ellos calculan el índice de Kakwani con respecto al total de gastos de la familia, como proxy de la renta, y nosotros utilizamos la renta *per se*.

impuestos directos bastante más progresivos e impuestos indirectos más regresivos- arroja como resultado final que los impuestos, en relación a la financiación de la sanidad, mantienen una tendencia a la proporcionalidad, tal y como muestran para los años 1980 y 1990 los índices de la columna “total de impuestos”: $Kakwani_{1980} = 0,070$ y $Kakwani_{1990} = 0,046$.

Las cotizaciones sociales también cambian de signo entre los dos períodos. Pasan de ser una fuente claramente regresiva de financiación en el año 1980 ($Kakwani_{1980} = -0,111$) a ser una fuente progresiva, aunque cerca de la proporcionalidad, en el año 1990 ($Kakwani_{1990} = 0,0615$). En la tabla 2 se puede observar claramente que las decilas primera y segunda -con una gran proporción de jubilados, que no cotizan- contribuyen muy por debajo de lo que proporcionalmente les tocaría dada su participación en la renta; por contra, son sobre todo las decilas octava y novena las que contribuyen bastante por encima. Este cambio en la progresividad de las cotizaciones es compartido con otros países europeos, como se comentó en el apartado anterior. Finalmente, si consideramos el total de pagos públicos, es importante señalar el cambio cualitativo respecto al año base del cual partimos, pasando de un sistema de “rasgos” regresivos ($Kakwani_{1980} = -0,078$ y $Suits = -0,1215$) hacia un sistema ligeramente progresivo o proporcional ($Kakwani_{1980} = 0,0509$ y $Suits = 0,0448$).

En relación a los pagos privados, es decir, los pagos efectuados por las familias, los resultados de nuestras estimaciones revelan regresividad cuando comparamos la distribución del gasto sanitario privado con la distribución de la renta, y es especialmente significativo para los pagos directos, con un índice de $Kakwani_{1990} = -0,180$. Es preocupante desde un punto de vista de equidad el gran esfuerzo en pagos directos que hacen las familias de rentas más bajas, que aportan porcentajes bastante superiores a su participación relativa en la renta. De hecho, sorprende la relativa homogeneidad de esta columna de pagos: por ejemplo, la última decila participa con sólo 2,5 veces más gasto que la primera, a pesar de tener 10 veces más renta. La mayor parte de estos gastos son en bienes y servicios sanitarios complementarios o no concurrentes con las prestaciones de la Seguridad Social; en otros términos, representan bienes y servicios que la Seguridad Social no cubre, total o parcialmente, y que si el individuo quiere obtener ha de pagar por ellos. Algunas de las partidas más importantes son, dentro de este tipo de gastos, (véase, Rodríguez, Murillo y Calonge, 1993) el gasto en dentista, la compra de artículos de farmacia (cuya clasificación como gasto sanitario es dudosa, aunque así aparece en la EPF90) y la aportación del 40% del precio de los medicamentos obtenidos

mediante recetas de la Seguridad Social que tienen que hacer los afiliados. Tal y como señalan estos autores, los gastos no-concurrentes experimentaron un crecimiento importante durante esta década, con una tasa anual media de variación del 16,2 por ciento. Por último, si observamos el efecto del total de los pagos (públicos y privados), el sistema de financiación era prácticamente proporcional en 1990. Más aún, esta proporcionalidad se da de manera muy aproximada en todas las decilas de renta, de forma que su contribución al conjunto de pagos es similar a su porcentaje de participación en la distribución de la renta.

3.5 Reflexión sobre la reforma de la financiación de la sanidad

Hay una lógica evidente en el principio de que los bienes generales han de ser financiados con impuestos generales en lugar de con cotizaciones sociales: porque aquéllos gravan a todo el mundo y todo tipo de rentas y no sólo a las rentas del trabajo como éstas. Además, se suele aducir, constituyen una fuente más progresiva de financiación que las cotizaciones. Sin embargo, lo cierto es que la tónica en la mayoría de los países es la combinación de fuentes de financiación. De hecho, hacia 1990 los impuestos sólo suponían más de un 50% en la financiación de la sanidad en Dinamarca, España, Irlanda, Portugal, Reino Unido y Suecia, y con tendencia a la baja en varios de ellos. En Alemania, Francia y Holanda eran las cotizaciones sociales las que aportaban más de la mitad de la financiación del sistema. En Italia la participación de cotizaciones e impuestos era prácticamente igual y, finalmente, en Suiza y Estados Unidos la principal fuente de financiación eran los pagos privados (Wagstaff, Van Doorslaer, et al., 1998).

Cabe, por tanto, preguntarse tal como hace López Casasnovas (1997), si no es un tópico el que la sanidad deba financiarse por impuestos y cuál hubiese sido el diagnóstico sobre la equidad del sistema sanitario español si se hubiera seguido financiando con la combinación de fuentes que prevalecía, por ejemplo, en 1980. Es un ejercicio sencillo calcular cuáles hubiesen sido los índices de Kakwani para el total de pagos públicos y el total de impuestos si, partiendo de los índices parciales de 1990, los ponderamos de acuerdo a los pesos de la financiación macroeconómica de 1980. Al hacerlo así lo que hacemos es tener en cuenta sólo los cambios acontecidos en las propias fuentes, y no la variación en su combinación introducida por la Ley de Presupuestos de 1989. Curiosamente, el resultado de este ejercicio hipotético es que la

medida apenas tuvo ningún efecto sobre la progresividad del sistema. El índice de Kakwani para el total de impuestos daría la cifra de 0,0452, prácticamente igual al 0,0468 estimado, y el índice de Kakwani para el total de los pagos públicos sería igual a 0,0584 en lugar del 0,0509 que aparece en la tabla 2. La razón estriba en que los impuestos son ahora un poco menos progresivos en su conjunto (debido a la elevada regresividad del IVA y los impuestos especiales), pero las cotizaciones sociales resultan ahora progresivas en lugar de regresivas. Incluso visto desde el punto de vista de la suficiencia financiera, no está claro que la reforma haya sido ventajosa. Comparando la evolución de la recaudación por los principales impuestos (IRPF, Impuesto sobre Sociedades e IVA) con la recaudación por cotizaciones sociales se observa que desde 1990 hasta 1996 aquéllos han crecido un 39,1% en términos nominales mientras que los ingresos por cotizaciones han aumentado un 54,5%.

IV. ASPECTOS REDISTRIBUTIVOS DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS PÚBLICAS.-

En el apartado anterior obtuvimos como resultado importante que la financiación del sistema sanitario español es proporcional, ó muy poco progresivo. Ello quiere decir que no aportan “más los que más tienen” a la financiación del sistema sanitario, sino que *los agentes realizan el mismo “esfuerzo” económico a la hora de financiar las prestaciones sanitarias, pagando una cantidad que es proporcional a su nivel de renta*. Lo que planteamos en este apartado es una revisión de este resultado, en la medida en que hablar de efectos redistributivos y/ó progresividad del sistema sanitario (ó de un sistema fiscal en general), únicamente desde la óptica de los ingresos fiscales, es una visión parcial del problema. Si nuestro objetivo es realizar una valoración global de las políticas de redistribución ejercidas por las Administraciones Públicas, hay que contemplar también el impacto que tienen las prestaciones públicas en el bienestar de los agentes. Este argumento es válido también para cualquier tipo de prestaciones, y no exclusivamente las sanitarias. En otros términos, no sólo se trata realizar valoraciones sobre justicia redistributiva del sistema sanitario desde las perspectiva de su financiación mediante impuestos sino también considerar el papel que juega el gasto social como instrumento redistributivo de las políticas de bienestar.

Otra conclusión importante, y que se deduce de manera inmediata de lo expuesto anteriormente, es que si el sistema fiscal (de pagos sanitarios) resulta proporcional en relación a la distribución de la renta, entonces *los efectos redistributivos han de tener lugar a través del gasto público ligado a las políticas sociales*. Partiendo de estas argumentos y centrados en el ámbito del sistema sanitario, en este apartado analizamos la distribución de las prestaciones sanitarias públicas con la distribución de la población cubierta y con la distribución de la renta. Esto nos proporcionará una idea de la existencia de progresividad ó no en el reparto de las prestaciones sanitarias (¿se benefician más intensivamente de la sanidad pública los que tienen menos recursos ?). Además, siguiendo la línea expuesta en Calonge y Manresa (1997), estudiamos también el *efecto redistributivo neto* del sistema sanitario: Se trata de calcular el balance neto de las familias con la administración sanitaria, considerando por un lado la distribución de las prestaciones sanitarias públicas entre familias e individuos, y por otro lado, la distribución de los pagos impositivos realizados por los agentes (las unidades familiares) que se benefician de dichos servicios. Con el cálculo del vector de redistribución de las prestaciones sanitarias, podemos realizar una estimación del volumen de prestaciones que resultan finalmente redistribuidas por el sistema y además, identificar que individuos ó decilas contribuyen, en términos netos, a la financiación del gasto sanitario público, y quién se beneficia, y en que cuantía, de esta prestación.

4.1 Asignación del gasto público sanitario.

Tal y como muestra el cuadro 2, el gasto sanitario del conjunto de las administraciones públicas ascendió a 2.656.714 millones de pesetas, lo que representa un 71,3% del gasto global del sistema sanitario.

{Cuadro 2}

La primera cuestión que se plantea en el análisis de la distribución del gasto público sanitario hace referencia a la incidencia de dicho gasto en la población, es decir, cómo se distribuye el gasto público entre los individuos y, por tanto, quién recibe las prestaciones y en que cuantía. Para estimar esta distribución, nosotros hemos adoptado una hipótesis de “necesidad”, suponiendo que el consumo de servicios sanitarios está correlacionado con los niveles de necesidad - en términos de salud - experimentados por los individuos. Para valorar esta relación e imputar por familia el montante global de servicios sanitarios utilizamos una

hipótesis simple de asignación al considerar que el gasto sanitario por persona en la población con más de 65 años de edad es 3,3 veces mayor que el gasto sanitario realizado por la población con edad inferior a 65 años, estimación realizada por la OCDE para una media de ocho países europeos (cifra citada en Barea, (1993)). Teniendo en cuenta esto y haciendo cálculos, resulta una prestación sanitaria de 172.395 y 52.241 pesetas por persona según los grupos de edad citados. De esta forma y calculando el número de individuos pertenecientes a cada grupo de edad en los hogares respectivos, podemos realizar una estimación del gasto público recibido por cada unidad familiar. En los resultados que presentamos a continuación mantendremos la variable renta bruta equivalente como criterio de ordenación de las familias en la escala de la renta.

4.2 Resultados empíricos.

El gráfico 1 muestra la distribución del gasto público sanitario por decilas de renta bruta equivalente. El primer rasgo que caracteriza la distribución de estas prestaciones es que su distribución es relativamente uniforme a través de los grupos de renta.

{ Gráfico 1 }

Por ejemplo, la primera decila de hogares recibe un 9,482% de las prestaciones mientras que en el extremo de la distribución, la última decila se beneficia en un 10,518 % . En contraposición, la cuarta decila es la que más gasto público recibe, con un 10,637% del total de las prestaciones. Este resultado relativo a la incidencia de las prestaciones cambia si en lugar de las decilas construidas a partir de los hogares de la encuesta, consideramos la población representada dentro de cada grupo, puesto que no todas las decilas contienen la misma población. Resulta más lógico y tiene más interés, comparar el volumen de prestaciones dentro de cada grupo con el número de personas que se benefician de ellas. Los resultados ahora son diferentes, especialmente para las tres primeras decilas. Por ejemplo, las dos decilas más pobres, que suponen conjuntamente el 15,53% de la población española, tienen una participación del 19,17% del gasto público total imputado en sanidad. Por el contrario, las dos últimas decilas, perciben el 18,90% de dicho gasto público y representan el 21,50% de la población. Estas distribuciones reflejan un reparto de las prestaciones públicas que favorece a

la población con menos recursos, y obedece al hecho de una mayor concentración de la población anciana en las primeras decilas. Si comparamos la distribución del gasto sanitario público con la distribución de la renta, que como resulta obvio, no es uniforme (gráfico 2), obtenemos un reparto de prestaciones progresivo en relación a la renta. Por ejemplo, las dos primeras decilas, que poseen un 6,6 % del total de la renta (y que como hemos visto constituyen el 15,5% de la población), son beneficiarias del 19,17% del gasto público sanitario.

{Gráfico 2}

En el extremo, las dos últimas decilas tienen, conjuntamente, una participación del 43,2% en la renta antes de impuestos, mientras que su tasa de participación en el sistema sanitario público es del 18,90% (porcentaje de gasto que cubre a una población del 21,5% sobre el total de individuos). Sólo la decila séptima presenta un porcentaje de renta similar al porcentaje de prestaciones que recibe (10,3% frente a 10,16% respectivamente, para una población de un 11,0%). Las cifras revelan pues un perfil progresivo de la distribución de las prestaciones.

Otros de los objetivos de especial interés en el análisis de las políticas públicas reside en identificar que individuos ó grupos socioeconómicos resultan beneficiados ó no por las acciones de dichas políticas, y cual es el esfuerzo redistributivo global que tiene lugar como consecuencia de la acción pública. Tomando la idea de redistribución de las prestaciones entre los distintos grupos de renta, tal y como la exponen Calonge y Manresa (1997), calculamos el vector de redistribución de las prestaciones sanitarias (ver gráfico 3).

{Gráfico 3}

Este vector se define como la diferencia entre la distribución porcentual de las prestaciones sanitarias y la distribución porcentual de los impuestos que financian dichas prestaciones. Una cifra positiva nos indica que el individuo percibe más prestaciones de las que financia vía impuestos, es decir, son “beneficiarios netos” de la administración sanitaria. Una cifra negativa señala que la decila correspondiente está subvencionando prestaciones sanitarias en esa cantidad porcentual. Por ejemplo, para la primera decila quiere decir que porcentualmente, el valor de los servicios que reciben es mayor que su aportación financiera al sistema; en concreto, del 9,4% del total del gasto público sanitario recibido, esta primera decila se

autofinancia el 1,86% y recibe en concepto de “beneficio neto” un 7,62%. El mismo argumento, pero en sentido contrario, podríamos hacer para los valores negativos. Así, la última decila, después de descontar sus pagos financieros, subvenciona al resto con un 19,46% del valor total de los servicios. Al final, las sumas de los componentes positivos y negativos del vector ha de ser igual entre sí, y nos indica el porcentaje de servicios que son redistribuidos en términos netos (por decirlo de otra forma, “que cambia de manos”) al considerar conjuntamente las prestaciones y los impuestos que las financian. Teniendo en cuenta esto, podemos concluir que el efecto redistributivo neto del sistema sanitario es aproximadamente un 31% del valor total de las prestaciones (alrededor de 820 000 millones de pesetas en el año de 1990), siendo el resto autofinanciado por las propias decilas.

Otra cuestión de interés en relación al volumen de prestaciones que son redistribuidas reside en medir el porcentaje de redistribución que reciben las decilas “beneficiarias” y quién (y en qué porcentaje) está subvencionando las prestaciones. Para realizar este cálculo normalizamos a 100 el vector de redistribución y calculamos el porcentaje de redistribución (ver tabla anexa del gráfico 3: “% de redistribución”). Observamos, por ejemplo, que la primera decila obtiene el 24,65 % del total de las prestaciones redistribuidas. Por el contrario, la última decila financia aproximadamente el 63% de los servicios redistribuidos, y la novena y décima financian conjuntamente un 87% de dichos servicios. Es incluso más interesante poner en relación estas magnitudes con la población representada en cada una de las decilas. Si hacemos cálculos observamos que alrededor del 15% de la población más pobre (la población que pertenece a las dos primeras decilas de renta equivalente) reciben alrededor del 48,25% del gasto público sanitario que es efectivamente redistribuido por el sistema (alrededor de 400 000 millones de pesetas en el año 1990). Estos perfiles revelan, al menos en términos de órdenes de magnitud, que la redistribución de beneficios que tiene lugar entre los distintos grupos sociales es importante.

