

¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del sistema nacional de salud?

Jaume Puig-Junoy

11

1. Responsabilidad individual y sostenibilidad del SNS: ¿incorrección política o nuevo igualitarismo?

La elección de la importancia de la participación del usuario en el coste de los servicios sanitarios y de los medicamentos (el precio o copago pagado en el momento de utilizar el servicio o de adquirir el medicamento) representa el nivel de subvención al consumo que cada sistema sanitario considera como aceptable o adecuado en un momento dado del tiempo. La ausencia de copago o gratuidad aparente en el momento de acceder a la prestación sanitaria y farmacéutica, si fuera el caso, no significaría la ausencia de coste de la misma, sino simplemente que la financiación de este servicio público se realizaría con ingresos procedentes de la recaudación de impuestos generales.

En teoría, uno podría tener la tentación de pensar que la financiación impositiva representa un acercamiento a la aplicación del viejo principio “de cada uno según su capacidad y a cada uno según su necesidad”. Sin embargo, la realidad no es tan sencilla y la aplicación del principio se puede ver comprometida dependiendo, como mínimo, de tres tipos de circunstancias. En primer lugar, de lo eficiente y justo que sea el funcionamiento del sistema de recaudación de impuestos. En segundo lugar, de la capacidad de redistribuir renta que tenga la prestación o servicio público subvencionado con impuestos. Y, en tercer lugar, de los efectos que tenga la apariencia de gratuidad debida a la subvención “pública” sobre el comportamiento de pacientes, médicos, hospitales, farmacias e industria farmacéutica y de tecnologías médicas.

La recaudación de impuestos en España tiene una casi nula capacidad de redistribuir renta (Calonge y Manresa, 2001). El sistema impositivo, en su combinación

de impuestos directos e indirectos, es prácticamente proporcional: ello quiere decir que los individuos acaban aportando a la hacienda pública a través de los distintos impuestos pagados una cantidad que viene a representar una proporción de su renta que es muy parecida, ya sean personas de renta baja, de renta media o de renta alta. Es más, en el margen, en la actualidad, los aumentos de recaudación provienen más de los impuestos indirectos que de los impuestos directos (véase el aumento reciente de los impuestos especiales y la reducción de la presión fiscal en el impuesto sobre la renta).

Ahora bien, si los aumentos de recaudación impositiva vía impuestos indirectos con los que estamos financiando el aumento del gasto sanitario tienden hoy a ser regresivos, ¿es posible financiar este aumento del gasto de forma menos regresiva utilizando precisamente copagos? En sentido estricto, los copagos equivalen a un impuesto que pagan los enfermos, y el problema fundamental, precisamente, es el hecho de que crean desigualdad de acceso y suponen una barrera de acceso a la atención basada en la capacidad económica de los individuos. Existe la posibilidad de aplicar copagos diferentes entre individuos y acordes con su nivel de renta. Sin embargo, este tipo de copagos puede resultar de gestión complicada y muy costosa.

El objetivo de garantizar la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad no debiera ser obstáculo para estar dispuestos a repensar la racionalidad de la financiación actual de los servicios sanitarios (Le Grand, 2005). Uno de los elementos que más erosionan la confianza en el Estado del Bienestar es que los buenos cumplidores fiscales vean, por ejemplo, como se finge estar desempleado o como se acumulan medicamentos de forma innecesaria. La aplicación de copagos que no sean de baja intensidad será más problemática para este objetivo cuanto más efectivo y clínicamente necesario sea el tratamiento sobre el que se aplique el copago y también cuantas menos alternativas existan al mismo.

La descalificación a priori de cualquier propuesta de análisis y revisión del papel de la corresponsabilidad financiera del usuario del SNS resulta más propia de quienes hacen apología del statu quo, en ausencia de consideración del coste de oportunidad de los recursos públicos (“todos quieren más y gratis”) y de la sostenibilidad futura del SNS (“más no siempre es mejor ni deseable, incluso si lo podemos pagar”).

La función básica de los copagos no debe ser, bajo ningún concepto, la de convertirse en la fuente principal de financiación de los servicios sanitarios, pero

parece conveniente analizar y evaluar la medida en la que copagos de baja intensidad, con límites individuales máximos y fijados a partir de un importe fijo por servicio pudieran tener un papel moderador del exceso de consumo cuando éste tiene su origen en las demandas de los pacientes. Copagos evitables o no obligatorios también pueden contribuir a la misma finalidad sin afectar a la igualdad de acceso para una misma necesidad. Dos precauciones aprendidas de la experiencia en la aplicación de este tipo de copagos: el objetivo de proporcionar ingresos, sin ser despreciable, debe ser secundario en el diseño de estas políticas y debe primar el de ayudar a racionalizar el consumo; y las políticas de copago pueden producir efectos no deseados si se adoptan de forma aislada sin ningún tipo de cambio en los incentivos de los proveedores, los prescriptores y las farmacias.

13

La evidencia más negativa de la aplicación de copagos sobre el estado de salud la encontramos para copagos de alta intensidad aplicados de forma indiscriminada a todos los pacientes y a cualquier tipo de servicio: los pacientes reducen el consumo farmacéutico y la utilización de servicios sanitarios, y, por lo tanto, el gasto a cargo del financiador, pero el copago les hace desistir tanto de consumo poco efectivo o innecesario como de tratamientos muy efectivos y clínicamente necesarios. Además, este efecto tiene mayor intensidad en los individuos más enfermos y en los de rentas más bajas que en los de rentas elevadas. De ahí que, aun aceptando la necesidad de introducir una cierta conciencia del coste de los medicamentos en el paciente mediante copagos bien diseñados, el esfuerzo por conseguir un consumo más racional no puede descansar sólo en los copagos, sino en cambios en los incentivos a los proveedores de servicios, a los prescriptores y a los farmacéuticos, que son los verdaderos generadores de la demanda sanitaria y quienes deberían actuar como agentes del bienestar del paciente.

Sería realmente una equivocación dividir el debate político sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus alternativas de financiación entre los que están a favor o en contra del denominado "copago", entendido como las diversas formas posibles de contribución financiera del paciente en el momento de utilizar los servicios. Las fronteras hay que establecerlas entre los que están por la racionalización del gasto y los que prefieren que las cosas sigan como están. Más bien, lo que resulta necesario es aceptar la necesidad de una utilización y una financiación más racional de los medicamentos y prestaciones sanitarias incluidos en la cobertura aseguradora pública, condición necesaria para asegurar la viabilidad futura del SNS.

Ello requiere cambios importantes en las políticas de gestión de los servicios sanitarios, a todos los niveles y más allá del contraproducente ejercicio del poder de monopsonio a través, por ejemplo, de la reducción unilateral de precios de los medicamentos, de la introducción de pseudoimpuestos sobre las ventas de los laboratorios farmacéuticos o de forzar una reducción de los salarios reales a través de un crecimiento por debajo de la inflación, en favor de una asistencia sanitaria de calidad basada en resultados y con una relación coste-efectividad que no supere la disposición social a pagar. Que estos cambios pueden incluir modificaciones o ampliaciones en el limitado papel asignado a la corresponsabilidad financiera individual parece fuera de toda duda, pero éstos no pueden, en ningún caso, comenzar ni acabar por el sistema de copago.

Sería ingenuo tratar de hacer creer a los contribuyentes que los servicios públicos pueden ofrecer eternamente cenas gratis o menús completos al precio de una propina. Que no hay servicios públicos gratis es algo evidente que no es necesario explicarle a ningún ciudadano. Sin embargo, sería bueno recordarlo a aquellos políticos que prefieren zanjar debates antes de abrirlos (¿miedo a la evidencia?) y a todos aquellos que hacen apología de lo público confundiendo el Estado del Bienestar con el bienestar de los empleados públicos y el de sus muy leales proveedores.

Aparece como opinión mayoritaria la conveniencia de un copago en el SNS para modular la demanda sanitaria en una encuesta realizada a responsables de política sanitaria; únicamente un 13% de los encuestados rechaza cualquier forma de copago (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, y Fundación Fernando Abril Martorell, 2006). Ello contrasta con una mayoría aún superior mostrando su incredulidad respecto de las posibilidades de implantación en la práctica política inmediata. Que esto recoja efectivamente un sentimiento de frustración, entre lo deseable y lo posible en las reformas sanitarias de nuestro SNS, o que refleje simplemente una actitud acomodaticia a las circunstancias presentes, a la vista de las diatribas que se lanzan oposición y gobierno, no debe hacernos pasar por alto que la opinión de los ciudadanos es menos desfavorable de lo que se publica a la revisión del copago. Un 47% de la población española se muestra favorable al pago de 1 euro por receta médica, un 30% al pago de 2 euros por cada visita al médico de atención primaria y un 23% al pago de 10 euros por hospitalización (Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2006).

En los próximos años, el gasto público en sanidad en España es deseable que aumente por muchas razones. Primero, para reducir el déficit que genera frustración en los usuarios y un sobreesfuerzo familiar en forma de seguros y gasto privado. Segundo, para dar respuesta al crecimiento de la población y al envejecimiento. Tercero, para incorporar de forma selectiva aquellas innovaciones médicas y farmacéuticas que realmente suponen una mejora importante del estado de salud y no para las que simplemente son un poco más de lo mismo a un precio mucho mayor. Y, cuarto, para satisfacer las expectativas crecientes de una población con más información, más formación y más renta.

15

La cuestión es pues, ¿de dónde deben salir los recursos adicionales para financiar el aumento del gasto público en sanidad? Que no se engañe nadie: saldrán irremediabilmente del bolsillo privado. Ahora bien, la forma en la que cada euro adicional sale de este bolsillo puede ser tanto o más importante que el propio euro.

El caso de los medicamentos en el SNS español puede ser útil para ilustrar esta situación. Los españoles trabajamos casi cuatro días al año para pagar los medicamentos con receta que se dispensan en las oficinas de farmacia. Para buscar los euros adicionales que nos van a costar a cada ciudadano, este año, los medicamentos, hay dos formas de hacerlo: ver en qué impuesto indirecto y regresivo se puede arañar un poco más (ya sea el gobierno autonómico o el del Estado), y/o bien tratar de reducir el exceso de consumo (sin empeorar el estado de salud) e incentivar el uso de medicamentos con una mayor eficacia y menor precio haciendo que el paciente comparta una pequeña parte del coste (copagos).

Copagos farmacéuticos ya existen desde hace muchos años en el SNS, pero con un diseño equivocado que favorece el exceso de consumo, crea desigualdades y pone en peligro la sostenibilidad financiera. Un pensionista va a buscar medicamentos gratuitos a la farmacia por un valor de más de mil euros al año (más de 6 recetas al mes!). Los no pensionistas, muy ricos o muy pobres, deben pagar un 40% del precio. Unos pocos, muy enfermos y no pensionistas, algunos de ellos muy pobres (en términos relativos, hay más pobres entre los jóvenes que entre los mayores de 65 años), pagan muchísimo, mientras que 7 de cada 10 recetas se dispensan totalmente gratis.

Es fundamental determinar qué es lo que se pretende con un copago. Hay dos alternativas posibles y cada una con una racionalidad diferente y un terreno de juego

particular, ya sea el de recaudar complementariamente con cargo al usuario –para que todo no lo pague el contribuyente anónimo–, o simplemente la de intentar frenar el gasto (el copago con mayor éxito sería, en este caso, el que no recaudase nada).

2. La necesaria reorientación del Estado del Bienestar sanitario: más no siempre es mejor

16

El problema real que enfrenta el SNS no es tanto la factibilidad o “sostenibilidad” de los aumentos del gasto sanitario público como la “deseabilidad” social del mismo. Aun cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta relevante, a suscitarse en tiempo y lugar, es si éstos valen lo que cuestan. Al margen de cuál sea la magnitud, resulta imprescindible tanto aumentar la financiación pública y privada, como conseguir mejorar el “desempeño” del sistema sanitario (la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados).

La mejora de la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados tiene bastante de política de salud y mucho de decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, coste-efectiva. Sabido es que la eficiencia de un sistema sanitario depende de que los profesionales sanitarios, fundamentalmente clínicos que adoptan las decisiones diagnósticas y terapéuticas, tengan la información y los incentivos necesarios para actuar de forma coste-efectiva.

La auténtica sostenibilidad, pues, del componente sanitario del Estado del Bienestar pasa por garantizar la deseabilidad, expresada en disposición social a pagar, de aquellas innovaciones con impacto positivo en el bienestar social. El reto estriba en evitar la dualización de la sociedad, conjugando responsabilidad individual y responsabilidad social. Un Estado de Bienestar ha de controlar los desincentivos tanto por el lado de la financiación como de las prestaciones rehusando las tentaciones proteccionistas –aunque se disfracen de responsabilidad social corporativa o ecologismo– y acatando la disciplina que imponga la competencia internacional (economías abiertas). Por el lado de la financiación, los impuestos tienen que favorecer el crecimiento, lo que puede introducir una suave regresividad. Por el lado de las prestaciones, hay que evitar la pasividad del paciente e introducir el principio del beneficio –copago y primas complementarias controladas, ¿por qué no?, públicamente– allá donde lo relevante sea la preferencia individual y no la necesidad desde una perspectiva social (Ortún, 2006).

Convendría introducir incentivos y corresponsabilidad a los usuarios como instrumento de gestión por el lado de la demanda. España tiene un copago sobre medicamentos pequeño y en disminución con relación a otros países con Estados de Bienestar consolidados. Se trata de un sistema que no es ni eficiente ni equitativo y, por tanto, con un amplio margen para la reforma. Es necesario que también el ciudadano se sienta responsable del uso adecuado de los recursos públicos.

La participación del usuario en el pago de los servicios sanitarios, en general, y de los medicamentos, en particular, recibe tres nombres en la literatura, que hacen referencia a sus diversas funciones (González, 2001): *copago (copayment)*, *participación en el coste (cost-sharing)* y *tique moderador*. El término *copago* proviene del ámbito del seguro. La tasa de *coseguro*, o tasa de *copago*, en un mercado libre, es decidida por el asegurado como uno de los parámetros del plan. La expresión *participación en el coste (cost-sharing)* alude a la cuota de corresponsabilidad que debe tener el paciente en la gestión de su proceso y a la lógica del reparto de la carga financiera entre las dos partes, asegurador y asegurado. Por último, cuando se habla de *tique moderador* se están recordando los abusos, el sobreconsumo que inevitablemente conlleva el riesgo moral asociado a la existencia de un tercer pagador, con la consiguiente pérdida de eficiencia y bienestar: hay que imponer algún coste al paciente para moderar su consumo de medicamentos.

Definimos tasa de *coseguro* o tasa de *copago* como 'el porcentaje (fijo) del importe que tiene que pagar de su bolsillo el asegurado en el momento de la compra'. Algunos autores emplean el término *copago* para designar 'el importe fijo por envase que paga el usuario, independiente del precio'. Otra figura diseñada para repartir la carga financiera de los medicamentos es el deducible (D), cantidad de dinero que el paciente debe abonar de su bolsillo antes que se active la cobertura efectiva del seguro. Es decir, el paciente tiene que pagar, en cualquier caso, las primeras diez unidades monetarias. Por encima de esa cifra, la aseguradora empieza a asumir la carga financiera del medicamento, en la parte que le corresponda según el régimen de copago. Además, a veces se establecen importes máximos o mínimos para limitar el riesgo de una de las partes.

Una forma de disuadir al usuario del consumo excesivo, aunque no de compartir costes, es la figura del prepago. El usuario anticipa el dinero, pagando al proveedor, y posteriormente se le reembolsa, tras la consiguiente reclamación.

El caso español se caracteriza por una elevada proporción de la financiación pública procedente de impuestos generales (casi dos tercios del gasto sanitario total), una tasa efectiva de copago muy reducida, pero también por una proporción importante de financiación privada del gasto sanitario (28,3%), la mayor parte del cual se realiza mediante pago directo a los proveedores.

18 El aumento del gasto mediante el incremento de la financiación privada pudiera llegar mediante el aumento de los copagos, del gasto en pago directo a proveedores privados o del gasto en seguros sanitarios. Si, en SNS, quiere mantener el acceso a los servicios según necesidad y no según capacidad, la importancia del gasto privado debe mantenerse a un nivel que no empeore los actuales niveles de equidad. Ello no debe servir para dar apoyo a descalificaciones generales de la participación del usuario en el coste de la atención (principio del beneficio) sino para urgir análisis basados en la evidencia. Ahora bien, no hay que soslayar que la actual situación del sistema de copagos hace urgente su revisión por varias razones. Los niveles de copago actuales en España son los más reducidos de Europa y siguen una senda de reducción temporal. No hay ninguna evidencia de que contribuyan a la equidad del sistema, más bien existen sospechas fundadas en contra.

El derecho universal a la atención sanitaria no puede, ni debe, estar desligado de la asunción de responsabilidades individuales relacionadas con la salud (obesidad, ejercicio, consumos poco saludables, etc.) y con el acceso a los servicios (uso innecesario de los servicios de urgencia, incumplimiento del tratamiento, no presentación a citas programadas, adquisición de medicamentos que no se utilizan, etc.). Garantizar y asegurar la sostenibilidad de las políticas públicas requiere mecanismos que sin desvirtuar el modelo de bienestar prevean la corresponsabilización de los beneficiarios en la financiación (Diamond y Giddens, 2005). Sería un contrasentido procurar mayor protección social si los ciudadanos no actúan de forma más responsable ante los riesgos sanitarios.

3. Corresponsabilidad individual y principio de beneficio

Los impuestos directos e indirectos que sirven para financiar de forma general las actividades del sector público, pero sin establecer ninguna relación directa entre el hecho ni el nivel de la contribución y el derecho a los servicios, no constituyen la única alternativa para la financiación de servicios públicos. Existen otras formas alternativas de financiación basadas de forma directa en el principio del beneficio

(coparticipación del usuario en el coste de los servicios) o bien de forma indirecta (ingresos fiscales afectados).

La coparticipación del usuario en el coste de los servicios públicos (copagos, precios o tiques moderadores) tratan de relacionar directamente, a diferencia de los impuestos generales, los pagos realizados con el beneficio por la utilización del servicio en cuestión. Los mecanismos de copago implican la introducción del principio del beneficio en la financiación pública: quien paga (aunque sólo sea una parte del coste total del servicio) es quien se beneficia del producto del servicio y no quien paga impuestos. Los precios, tasas y los tiques moderadores representan pagos voluntarios por el uso de servicios públicos que tratan de repercutir al usuario una parte o la totalidad del coste del servicio. Los copagos son voluntarios, en el sentido de que dependen de la utilización de los servicios que decida hacer el usuario, aunque son condición necesaria para acceder al servicio en cuestión (por ejemplo, a un aparcamiento o a una autopista): a diferencia de los impuestos generales, sin utilización, no hay pago. Si el pago es independiente del hecho de si el individuo utiliza o desea el servicio, entonces, no se trata propiamente de un mecanismo de copago, sino más bien de un ingreso fiscal afectado.

La función del principio del beneficio a través de los copagos es, entre otras, la de suplir la ausencia de señales de coste de oportunidad (mecanismo de mercado) para los agentes económicos que caracteriza la producción y utilización de servicios públicos no destinados a la venta (Puig-Junoy, 2001 y 2004). En la provisión de servicios públicos en los que se prescinde de señales de precios (precio monetario nulo o casi cero en el acceso e utilización de los servicios), se puede producir un exceso de consumo respecto del que sería deseable, teniendo en cuenta los costes y beneficios sociales. La ausencia de coste de oportunidad al no existir precio en el momento de la utilización, lo cual equivale a una cobertura aseguradora casi completa, puede llevar así a un nivel de consumo superior al que se produciría si los usuarios tuvieran que tener en cuenta el coste social de sus decisiones de consumo. Ejemplos de ello se pueden encontrar en algunos casos de elección de diversos estudios universitarios y en su duración desmesuradamente larga, en la utilización inadecuada de servicios de urgencias hospitalarias, en la no presentación a visitas programadas, en el consumo inadecuado de medicamentos, etc.

La aplicación de mecanismos de copago se puede presentar en la mayoría de servicios financiados básicamente por el sector público: educación, sanidad,

infraestructuras de transporte, servicios públicos locales, etc. Los ingresos públicos, basados en la aplicación del principio del beneficio, representan el 40% de los ingresos propios de la Administración local española (Monasterio y Suárez, 1998).

3.1. Los precios como instrumento de gestión pública

20

Los mecanismos de precios en la economía en general y en los servicios públicos en particular, pueden cumplir diversas funciones que se pueden poner fácilmente en relación con la aplicación de sistemas de coparticipación del usuario en el coste de los servicios públicos (González Páramo y López, 1996). En primer lugar, los precios actúan como un simple mecanismo de coordinación de decisiones de intercambio (por ejemplo, en la transferencia de servicios intermedios dentro de una misma organización). En segundo lugar, constituyen la expresión de una preferencia revelada coherente con la disposición a pagar, a la que deben ser sensibles las organizaciones suministradoras de servicios (por ejemplo, cuánto están dispuestos a pagar los usuarios por acceder a servicios hospitalarios de urgencias para condiciones no urgentes). Los precios asimismo pueden constituir una representación de un coste unitario de producción de los servicios y de las condiciones imperantes en el mercado (aproximación al coste de oportunidad de las decisiones adoptadas). Y, finalmente, los precios son en sí mismos un instrumento de financiación basado en la utilización real del servicio que se haga, más que en el derecho de acceso al mismo.

La presencia de señales basadas en el precio en los servicios públicos no supone ignorar la presencia de los fallos de mercado que puedan hacer aconsejable la financiación pública ni el olvido de los objetivos redistributivos, presentes en la financiación basada en impuestos. La ausencia de precios resulta en pérdidas de eficiencia debida a la ausencia de conciencia de coste en la forma de consumo excesivo, costes sociales en forma de congestión, etc. Lo que exige la corrección de los fallos del mercado y la redistribución tiene más que ver con la garantía universal de acceso a los servicios y que los precios sean tan bajos como lo exijan estas circunstancias de forma específica para cada servicio, lo cual no debe confundirse con renunciar a señales basadas en precios como los distintos tipos de copagos (Albi, González-Páramo y Zubiri, 2000).

Los mecanismos de copago como señales de precios en los servicios públicos, y atendiendo a las funciones generales de los precios, cumplen tres finalidades básicas. En primer lugar, los copagos pueden cumplir con la función de racionar el consumo

de determinados bienes y servicios públicos cuya oferta sea escasa o insuficiente para atender la demanda de los consumidores. En segundo lugar, los copagos pueden proporcionar información sobre las preferencias individuales y la valoración de los usuarios acerca de los servicios públicos. Y, en tercer lugar, los copagos representan un instrumento de financiación adicional de los servicios públicos.

Un mecanismo de copago diseñado de forma adecuada tiene varias ventajas que indican que puede contribuir a la mejora potencial de la eficiencia. Los copagos establecen, tal como ya se ha indicado, una relación directa entre el coste y los servicios obtenidos (al menos sirven para obligar a los individuos a comparar costes con beneficios) y, por lo tanto, pueden incentivar la revelación de preferencias que facilita la provisión óptima de bienes y servicios. Los copagos mejoran la responsabilidad en la medida en la que aumenta la visibilidad y la transparencia sobre el coste de los servicios públicos. Además, los copagos reducen la necesidad de imponer o aumentar otros impuestos que producen mayores distorsiones en la economía.

El nivel de los copagos se puede establecer en forma de un porcentaje del coste del servicio o de su precio de venta, o bien en forma de una cantidad fija por unidad de servicio, o bien formas mixtas, con franquicia o participación limitada en el coste, etc. El nivel del copago también se ve afectado, según sea su imposición ligada a la totalidad de los servicios por parte de todos usuarios, de una manera indiscriminada o bien de una manera selectiva (tanto respecto de los servicios como de los usuarios –exenciones–). La teoría de los precios ofrece indicaciones útiles para establecer los límites máximos y los niveles relativos de los copagos, sin que ello sea indicativo de que éstos deban llegar siempre a los niveles recomendados por la teoría de los precios, sino que para que se produzcan buena parte de los efectos de los copagos basta con niveles inferiores.

En general, el nivel de los copagos se establece por debajo del coste de producción del bien o servicio. De esta forma, la diferencia entre el coste medio y el copago es el subsidio por unidad del bien o servicio. Así pues, el problema de la determinación del nivel de copago es parecido al problema de determinación del nivel óptimo de subsidio. En este caso, el problema de financiación adoptaría una solución del tipo de las tarifas en varias partes, en la que hay una parte del coste sufragado mediante impuestos generales e independientes del nivel de utilización, y otra que procede del copago y que depende directamente de la utilización del servicio.

El hecho de que los copagos se basen en el principio del beneficio recibido (la utilización real del servicio que se haga) requiere tener en cuenta algunas consideraciones para definir la forma de aplicación de los mismos (tipo de servicios, tipo de usuarios, nivel del copago, exenciones, forma de recaudación, etc.) que pueda ser más favorable a la mejora de la eficiencia. González-Páramo y López (1996) enumeran las siguientes consideraciones a la opción de aumentar la presencia de ingresos no tributarios en la financiación de los servicios públicos:

- a) El efecto que, en los principios de eficiencia y equidad en la imposición, produzca la aplicación del principio de beneficio *versus* el principio de capacidad de pago en la recaudación fiscal;
- b) El grado de obligatoriedad deseable (o factible) en el consumo del servicio público en cuestión, dada la heterogeneidad de preferencias observada;
- c) El efecto disuasorio esperado en la ilusión fiscal que se asocie a los precios, frente a la tributación en general, como elemento reductor del gasto público, al hacer menos opacos sus costes;
- d) El impacto que tenga en la utilización de servicios la coincidencia entre pago y consumo de un modo coetáneo;
- e) El peso del elemento cultural en la responsabilización del consumidor a favor de un determinado servicio;
- f) El grado en que la propia elección o revelación de preferencia que muestra la utilización de un servicio constituya un elemento reductor de los costes públicos de control de los niveles de calidad de los servicios;
- g) Sus efectos potenciales como instrumento de política económica, corrector de las distorsiones de mercado (externalidades, monopolio, existencia de racionamiento);
- h) Su relevancia como elemento de disciplina en la gestión pública, puesto que los copagos ofrecen un mecanismo de salida (no comprar) y evitan así el desarrollo de ofertas irrelevantes;
- i) Como elemento de concienciación de costes (al introducir la idea de sacrificio para la obtención de algo valioso), con la inclusión de un elemento contributivo, ya sea o no de tipo financiero (por ejemplo, exigir a los usuarios determinado comportamiento).

En situaciones de una demanda que supera a la oferta, y a la vista de la restricción presupuestaria del sector público, el racionamiento de la utilización del servicio se puede producir por la vía de las cantidades (precio nulo, pero criterios de priorización o de elegibilidad y listas de espera y colas) o bien por la vía de los precios (disponibilidad a pagar). La utilización de los copagos como elemento de racionalización del consumo aconseja su aplicación a aquellas demandas más elásticas, puesto que son las más sensibles a los precios: a partir de precios nulos, mayor elasticidad precio será un indicador de una relación menos favorable entre coste y beneficio del servicio o prestación pública. Esta observación entra en contradicción con el objetivo recaudatorio de los copagos, ya que, en este caso, se obtendría una mayor recaudación gravando las demandas más inelásticas.

23

¿Cuáles pueden ser las ventajas de los mecanismos de copago respecto de la financiación vía impuestos generales? González-Páramo y López (1996) exploran tres argumentos favorables a los precios como mecanismo de racionalización económica. En primer lugar, favorecen la internalización de costes y beneficios asociados a la decisión de consumo. En segundo lugar, favorecen las respuestas individuales basadas en los propios gustos o preferencias (más que en la necesidad –demanda inelástica–), que es lo que determina la elasticidad de la demanda. Y, en tercer lugar, los costes de recaudación (y de transacción en general) deben ser decisivos para inclinarse por precios o impuestos.

Uno de los argumentos que, de forma tradicional, se han esgrimido en contra de los mecanismos de copago ha sido su efecto negativo sobre la equidad en la medida que sustituye el principio de aportación según capacidad por el de utilización. La caracterización de un sistema de copagos sobre este aspecto no puede hacerse en forma de descalificación general, sino que depende de las características específicas del sistema en sí y de sus condiciones de aplicación. Así, resultan relevantes para responder de los efectos sobre la equidad el tipo de servicio público de que se trate, el tratamiento de los copagos dentro de los gastos fiscales, las deducciones y las exenciones.

Los sistemas de copago permiten la introducción de exenciones y deducciones a individuos y a grupos sociales en función de características generalmente asociadas a su renta o a sus necesidades (reconocimiento de la heterogeneidad). El tratamiento o corrección de los efectos negativos de los copagos producidos por la heterogeneidad de los individuos se puede realizar de forma bastante poco costosa a través de

mecanismos como los gastos fiscales en impuestos de carácter progresivo, como puede ser el impuesto sobre la renta. Ahora bien, pueden existir situaciones para las que las deducciones y exenciones ocasionen problemas importantes en su aplicación (costes de administración del sistema, estigmatización de grupos sociales, etc.) que pueden llegar a compensar las ventajas de aplicación de los mecanismos de copago y desaconsejar su utilización.

24

A la vista de los distintos elementos que configuran las ventajas e inconvenientes de la aplicación de mecanismos de copago, ¿cuáles serían las condiciones más adecuadas para la aplicación de estos mecanismos frente a la gratuidad aparente del servicio financiado con impuestos generales? A modo de conclusión, las condiciones más adecuadas para que el elemento contributivo implícito en los mecanismos de copago sea útil para la racionalización del consumo se pueden resumir en las siguientes (Albi, González-Páramo y Zubiri, 2000):

- a) Cuando el grado de obligatoriedad en el consumo, tanto por razones legales (escolarización elemental) o de hecho (consumo de fármacos), sea bajo;
- b) Cuando la elasticidad, precio de la demanda, no sea nula o muy reducida; es decir, que las modificaciones en el precio del servicio no dejen inalteradas las decisiones de consumo de los individuos;
- c) Cuando afecte especialmente a servicios o especialidades con ratios efectividad-coste relativamente bajos;
- d) Cuando pueda garantizarse el acceso al servicio a los usuarios de menor renta o mayor necesidad;
- e) Cuando los costes de transacción asociados a la fijación de precios, a la recaudación y al control de los mismos no sean muy elevados.

La condición relativa a la garantía de acceso a los usuarios de menor renta y mayor necesidad resulta ser, en la práctica, la que ocasiona mayores problemas a la instrumentación práctica de los sistemas de copago. Ello viene agravado por dos hechos empíricos que pueden contribuir a acrecentar las dificultades de acceso de determinados grupos de usuarios menos favorecidos, cuando se aplican sistemas de coparticipación del usuario en el coste de los servicios públicos. El primero de estos factores reside en el hecho de que la elasticidad-precio puede variar de forma

sensible según el nivel de renta de los individuos, por lo que observaciones sobre la elasticidad mayor o menor de un servicio público no son suficientes para establecer recomendaciones adecuadas sobre lo apropiado de su introducción. Y, en segundo lugar, la aplicación de copagos puede inducir a los proveedores de servicios públicos a comportamientos de selección de usuarios (selección de riesgos), por ejemplo, en relación con su capacidad económica para pagar primas o tarifas suplementarias.

25

3.2. Condiciones de aplicación de los copagos en los servicios sanitarios

Tipología de mecanismos de copago. Los elementos más importantes en un sistema de coparticipación del usuario en el coste del servicio son los siguientes: *a)* la contribución financiera directa del paciente, *b)* las cantidades deducibles, *c)* el importe máximo que puede pagar el paciente y *d)* el límite de cobertura.

La contribución financiera directa del usuario puede establecerse como una cantidad fija por unidad consumida (por ejemplo, 30 euros por visita por causa no urgente a servicios hospitalarios de urgencias) o bien como un porcentaje del coste del servicio (por ejemplo, el 40% del precio de venta de un medicamento). A medida que aumenta el coste del servicio, la imposición de un copago de tipo cantidad fija por unidad conduce a una reducción de la proporción del coste repercutida al usuario.

Cuando existen deducibles, los individuos pagan el gasto total de los primeros servicios sanitarios consumidos, mientras que, a partir de una determinada cantidad, el asegurador se hace cargo de la totalidad de los gastos. El efecto observado de este elemento sobre el gasto global es una tendencia a la reducción cuando los gastos del asegurado no superan la cantidad que se ha fijado de antemano como deducible, pero, en caso contrario, el exceso de demanda no se verá mermado (Murillo, 1999).

Los sistemas de copago pueden asimismo contemplar límites al riesgo máximo asumido por el usuario o bien por el asegurador. En el primer caso, se trata de una forma de reducir el riesgo financiero que el sistema de copago transfiere a enfermos crónicos o a enfermos agudos con un coste muy elevado concentrado en un período de tiempo corto. El asegurador también puede imponer un límite a la cobertura, de forma que mediante este método el paciente cubre las pérdidas más gravosas.

Otros elementos que pueden intervenir, también, en el diseño de un mecanismo de copagos son los descuentos y bonificaciones, y la definición de un catálogo de

prestaciones aseguradas (Murillo y Carles, 1999). La exclusión de prestaciones mediante la definición de un catálogo es equivalente a la imposición de un copago del 100% sobre el servicio excluido (por ejemplo, las listas negativas de medicamentos excluidos de la financiación pública). Otro aspecto a tener en cuenta, y que puede incidir de forma importante en los efectos del sistema, es si se permite o no la posibilidad de que los individuos puedan comprar un seguro que les cubra de los riesgos financieros que les traslada el mecanismo de copago.

Requerimientos de un mecanismo de copago. En la introducción de mecanismos de copago en los servicios sanitarios públicos, resulta importante poder determinar como mínimo los aspectos siguientes para poder evaluar la eficiencia de esta medida en el contexto de un análisis coste-beneficio:

- a) ¿En qué medida la introducción del copago modifica la utilización del propio servicio (elasticidad-precio) y la de otros servicios (efecto sustitución)?
- b) ¿En qué medida la respuesta de la utilización a la introducción del copago presenta diferencias importantes entre grupos socioeconómicos (variaciones de la elasticidad-precio por niveles de renta y de necesidad)?
- c) ¿Cuál es el efecto del copago sobre la utilización de servicios teniendo en cuenta el contexto del sistema sanitario en el que se aplica y, especialmente, los incentivos y el comportamiento de los proveedores?
- d) ¿Cuál es la contribución marginal de los servicios afectados (reducción de utilización) por el copago a la mejora del estado de salud de la población (efectividad clínica) y cuál es la pérdida de utilidad percibida por los individuos?
- e) ¿Cuál es el efecto del copago sobre la distribución de la renta, y, especialmente, sobre la renta de los enfermos y los pobres?
- f) ¿Se mantienen los efectos sobre la utilización observados a corto plazo o bien se modifican a medio y largo plazo?
- g) ¿Cuáles son los costes de transacción que comporta la gestión del mecanismo de copagos?
- h) Y, ¿existe algún otro instrumento de política sanitaria que permita obtener la misma mejora en el bienestar que el copago con un coste menor?

Al analizar la existencia y la magnitud de la pérdida de bienestar asociada a un seguro sanitario con anterioridad, ya se han puesto de relieve algunos de los fallos del mercado sanitario que hacen más problemática en este sector la mejora de eficiencia atribuible a los mecanismos de copago. Diversos autores han intentado presentar criterios o requerimientos que, dadas las características específicas del mercado sanitario, debería cumplir la introducción de mecanismos de copago para asegurar que suponen una mejora de la eficiencia sin que la equidad se resienta demasiado.

27

Evans et al. (1983) indican que la introducción de copagos es problemática si la respuesta a las cuatro preguntas siguientes es afirmativa: ¿se trata realmente de un servicio sanitario?, ¿es un servicio efectivo?, ¿es un servicio clínicamente necesario?, ¿es un servicio para el que casi no existen alternativas?

¿Copagos diferentes para distintos servicios? La teoría económica predice que los copagos deberían ser más reducidos para servicios con una elasticidad-precio menor. Sin embargo, desde el punto de vista del beneficio clínico (mejora del estado de salud) el copago debería ser menor para los servicios de mayor efectividad. La coincidencia entre ambos criterios depende de la capacidad de decisión del individuo y de su nivel de información sobre la efectividad del procedimiento y del proveedor.

En realidad, los dos objetivos básicos (reducir la demanda y proporcionar ingresos) de los copagos generan recomendaciones contrapuestas sobre su aplicación (Chernichovsky, 2000). Si el objetivo fundamental es la reducción de la demanda, entonces el copago debería aplicarse sobre los servicios con una demanda más elástica. Sin embargo, si el objetivo es maximizar la capacidad recaudatoria del instrumento, entonces debería aplicarse a los servicios de menor elasticidad de la demanda.

Los modelos de cobertura aseguradora óptima de Ma y Riordan (2002) aconsejan que el copago óptimo que debe soportar el paciente debe ser más elevado cuanto más elástica respecto del precio es la demanda de cada tratamiento. Cuanto mayor sea la preocupación por la equidad, el nivel del copago debe ser menor en servicios cuando existe muy poca variabilidad en las preferencias o en la severidad de la enfermedad entre individuos (Hoel, 2005); en cambio, el copago puede ser más elevado cuando existe heterogeneidad en las preferencias de los individuos, por

ejemplo, sobre algunas molestias asociadas al tratamiento (administración intravenosa de insulina frente a la insulina inhalada; o inseminación artificial, por ejemplo).

28

La razón por la que la teoría económica favorece copagos más elevados cuando la elasticidad-precio es mayor es muy parecida al argumento sobre la pérdida de bienestar asociada al seguro. Si la presencia de un seguro conduce a un aumento muy fuerte en la utilización, entonces la pérdida de bienestar será muy importante por qué se estarán utilizando más servicios cuyo coste marginal supera la utilidad marginal. Así, un copago que reduzca la demanda permitirá una mejora del bienestar muy importante en este caso. Alternativamente, en los servicios con una elasticidad-precio muy reducida, la pérdida de bienestar ocasionada por el seguro será mucho menor, igual que lo será la ganancia de bienestar que puede suponer el mecanismo de copago.

Sin embargo, tal como observan Rice y Morrison (1994) y Rice (1998) a partir de los resultados del Health Insurance Study de la Rand, las elasticidades de los servicios sanitarios presentan un reducido nivel de variación, sin embargo, la elasticidad es mayor precisamente para servicios como los de carácter preventivo (Newhouse et al, 1993). ¿Se deben aplicar copagos más elevados a los servicios preventivos para reducir su utilización? Desde el punto de vista de la relación coste-efectividad, es muy posible que lo recomendable sea precisamente lo contrario. Ello indica que en presencia de fallos del mercado como los que están presentes en el mercado de servicios sanitarios, el establecimiento de copagos no puede basarse sólo en la elasticidad precio, sino que debe tener en cuenta aspectos como el nivel de información sobre la necesidad y efectividad de los procedimientos o el carácter parcial de bien público que pueden tener, por ejemplo, los servicios preventivos.

¿Copagos diferentes para distintos individuos? Los copagos pueden convertirse con facilidad en un impuesto a los enfermos que afecte especialmente a los pobres con enfermedades crónicas si no se diseña de forma adecuada. Cuando los copagos se aplican sin ninguna relación con el nivel de renta, ocasionan un efecto regresivo sobre la distribución de la renta. Los individuos de menor renta que enferman tienen que gastar una mayor proporción de su renta para recibir atención sanitaria que los individuos enfermos de mayor renta. Los resultados del estudio de la Rand indican que los copagos no sólo pueden ser regresivos, sino que pueden llegar a afectar negativamente al estado de salud de los individuos de menor renta (Rice y Morrison, 1994). Para establecer una relación entre el copago y el nivel de renta se pueden

utilizar aportaciones diferentes según la renta del individuo, pero también diseños adecuados de sistemas de deducibles o de límite al riesgo financiero máximo que puede soportar el usuario, o bien deducciones fiscales, por ejemplo, en el impuesto sobre la renta.

El establecimiento de mecanismos de copago relacionados con el nivel de renta no está exento de problemas de tipo operativo y administrativo: la determinación del nivel de renta para los individuos cuyas rentas no proceden del trabajo, la inclusión o no de la riqueza en el indicador de nivel socioeconómico, la adaptación legislativa de los impuestos sobre la renta para que la deducción fiscal resulte progresiva, la consideración de factores personales, además de la renta, que son indicadores de necesidad (heterogeneidad de los individuos más allá de las diferencias en renta), la estigmatización de los individuos de renta baja mediante documentos identificativos para acreditar el derecho a exenciones o copagos reducidos, etc.

Existen argumentos no sólo para diferenciar el sistema de copago aplicado a individuos de renta baja, sino también a enfermos crónicos. Los argumentos a favor de copagos reducidos para los enfermos crónicos se basan en el hecho de que son precisamente un grupo cuya demanda no es discrecional, sino que, en ellos, es más importante el factor de necesidad en la utilización de servicios, por lo que aquí, precisamente, un copago elevado se convertiría en un impuesto sobre la enfermedad.

El nivel adecuado de subvención de un servicio público. El problema de la introducción de un copago es equivalente al problema de determinar la magnitud de la subvención de un servicio público. Gertler y Hammer (1996) establecen las siguientes condiciones para sistemas sanitarios de países en vías de desarrollo, donde el objetivo es mejorar las condiciones de acceso a los servicios garantizando la viabilidad financiera del sistema sanitario:

- a) Los copagos deberían ser más reducidos para aquellos servicios en los que la atención pública es más efectiva y de mejor calidad que la privada (los servicios en los que se obtiene la mayor mejora en el estado de salud en comparación con las alternativas disponibles).
- b) Los copagos deberían ser más reducidos para los servicios en los que la demanda total (pública y privada) es más elástica en relación con los copagos en los servicios públicos (en un contexto en el que el problema a resolver es la infrautilización).

- c) Los copagos deberían ser más reducidos para los individuos con una elasticidad precio más elevada.
- d) Los copagos deberían ser más reducidos para aquellos servicios y zonas donde existen menos alternativas de provisión privada (competencia).

4. Copagos en servicios sanitarios: indicaciones para el buen uso

30

La decisión de implantar un copago en los servicios públicos es una cuestión de elección política. De manera que si los políticos quieren asumir con valentía y decisión un esfuerzo para frenar el consumo (muchos profesionales argumentan hoy sobre el abuso de los servicios sanitarios) deben hablar con los médicos para concretar los ámbitos del copago (allí donde hay abuso) (López, 2006). Cuestión no menos importante es la de convencerse de que corresponsabilizar a los pacientes es complementario de las políticas que actúan por el lado de la oferta (los profesionales y las organizaciones proveedoras) y de que, miedos electorales aparte –los cuales habría que contrastar–, no hay peor enemigo de la sostenibilidad del Estado del Bienestar que la defensa a ultranza del statu quo (es posible mantener la ficción de que se puede dar todo, a todos y gratis; todos los problemas de la sanidad pública se solucionan con más recursos!) en la que se enquistan y coinciden (los extremos se tocan!) tanto trasnochados reductos pseudo-progresistas como importantes sectores industriales que se limitan a defender sus rentas a corto plazo. Desde el conocimiento económico, se pueden hacer algunas indicaciones de buen uso de los copagos en la línea de informar, que no sustituir, las decisiones sobre la revisión del papel de la responsabilidad individual en el SNS que por su propia naturaleza siempre serán políticas.

1. El efecto de posibles copagos sobre la equidad en la financiación se debe valorar teniendo en cuenta que los ingresos adicionales, vía recaudación impositiva, tienden a ser más bien regresivos. Resulta necesario huir de las generalizaciones fundamentadas en prejuicios subjetivos, ya que los detalles de las políticas son importantes: la aportación del paciente puede ser fija por unidad de consumo (receta, por ejemplo) o variable como proporción del precio del medicamento, los copagos pueden ser de alta intensidad (elevada proporción a cargo del paciente) o de baja intensidad, con límites a la aportación individual máxima durante un mes o

un año o sin límites, diferentes o no según el tipo de tratamiento (por ejemplo, crónicos y agudos), diferentes o no según la efectividad del medicamento, etc. Únicamente la evaluación empírica, y no los juicios subjetivos a priori, nos puede indicar los efectos marginales de estas combinaciones de subvención y copago sobre la equidad, pero lo que sí que ya sabemos con seguridad es que la financiación impositiva no siempre mejora la equidad.

31

2. Copagos con el objetivo principal de incentivar la corresponsabilidad individual y alejados de los objetivos puramente recaudatorios. La ausencia de copago o un nivel muy reducido del mismo, desde otro punto de vista, indica la generosidad del seguro del que dispone el paciente para pagar sus medicamentos. Ahora bien, sabemos que cuando disponemos de un seguro de nuestro vehículo a todo riesgo y sin franquicias tenemos incentivos a ser menos responsables del coste en el que incurrimos y tomamos menos precauciones para evitar riesgos. No hay ninguna razón para pensar que algo parecido no ocurre en los servicios de salud.

La función básica de los copagos no debe ser la de convertirse en la fuente principal de financiación de los medicamentos, pero copagos de baja intensidad, con límites individuales máximos y fijados, por ejemplo, a partir de un importe fijo por receta o por visita pudieran tener un papel moderador del exceso de consumo cuando éste tiene su origen en las demandas de los pacientes. Copagos evitables o no obligatorios también pueden contribuir a la misma finalidad sin afectar la igualdad de acceso para una misma necesidad.

Dos precauciones aprendidas de la experiencia en la aplicación de este tipo de copagos: el objetivo de proporcionar ingresos, sin ser despreciable, debe ser secundario en el diseño de estas políticas y debe primar el objetivo de ayudar a racionalizar el consumo; y, las políticas de copago pueden producir efectos no deseados si se adoptan de forma aislada para los medicamentos sin ningún tipo de cambio en los incentivos de los prescriptores y las farmacias.

3. Los copagos no deben afectar los servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad. Los servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad deberían ser de acceso gratuito y los copagos no deberían ser una barrera de acceso a la consulta del médico de atención primaria. En este sentido, sería recomendable que el SNS

estableciera de forma precisa, y adaptable en el tiempo, el catálogo básico de servicios incluidos en la cobertura aseguradora. Un catálogo de prestaciones haría explícitas las prestaciones que los usuarios tienen derecho a percibir, para fijar como obligación del sistema su provisión y para garantizar un conjunto mínimo de prestaciones a la totalidad de los ciudadanos. Para los diagnósticos o tratamientos adicionales, considerados como clínicamente menos necesarios o no necesarios, se podrían establecer copagos centralizados o descentralizados.

4. Las exenciones del copago no pueden basarse únicamente en la edad. La población de más de 65 años tiene una probabilidad de pobreza extrema (definida, según renta, por debajo de un 25% de la media) entre dos y diez veces menos que los parados (en el 80% de los casos el subsidio de paro no los saca de la pobreza). El peso de los mayores de 65 años en los indicadores de pobreza extrema está a la mitad de lo que representa su peso poblacional. Ello se debe, en buena parte, a que las actuales pensiones contributivas y el universalismo asistencial discrimina positivamente a las personas mayores (y el *boom* inmobiliario, también). Esto reclama una acción más selectiva y menos generalista en las políticas públicas y, en concreto, en las exenciones del copago. En general, las personas mayores acostumbran a ser pobres en renta pero no relativamente en patrimonio, los jóvenes *desocializados* lo suelen ser en los dos ejes (López Casanovas, 2005). Algunos países han optado, precisamente, por aplicar exenciones a los copagos, también, a la población joven.

La situación de creciente deterioro de las familias con niños es una imagen especular del éxito de sus padres y abuelos (Esping-Andersen y Sarassa, 2005): las nuevas formas de hogar (padres y madres solos), los cambios en el empleo y los mercados laborales, la concentración del desempleo en los jóvenes y la disminución salarial que ha afectado, en mayor medida, a los trabajadores más jóvenes son indicadores de que se ha producido un empeoramiento de la distribución de la renta, precisamente, entre las familias más jóvenes (con niños). La pobreza de las madres no emparejadas es, en España, del 23%, muy superior a la de Escandinavia (5-7%).

La actual exención en la aplicación de copagos farmacéuticos, basada en la condición de pensionista, puede suponer una captura del gasto farmacéutico en favor de mayores de edad de clase media que genere, precisamente, desigualdad de acceso a esta prestación.

5. Copagos reducidos y con pocas excepciones pueden ser útiles para favorecer la corresponsabilidad individual. Copagos obligatorios de un importe moderado (de baja intensidad) y con muy pocas exenciones pueden ser suficientes para aumentar la responsabilidad individual y desincentivar el sobreconsumo en aquella parte que se origina en las decisiones de los pacientes. En cambio, la aplicación de copagos obligatorios elevados (de alta intensidad), con exenciones para atenuar los efectos negativos en los grupos de población más vulnerable, puede resultar compleja y costosa.

33

En el caso de los medicamentos, un primer nivel de copago podría ser obligatorio y uniforme, tomando la forma de una cantidad fija por prescripción (por ejemplo, entre 1€ y € 2). El objetivo básico de esta aportación obligatoria de baja intensidad sería la de crear “conciencia de coste” y ayudar a reducir el sobreconsumo inducido por el propio paciente o por el médico que hoy tiene pocos incentivos a considerar el coste de la prescripción. Este tipo de copago podría ser aportado por toda la población con dos tipos de exenciones. El primer tipo de exención a este copago obligatorio eximiría, de forma realmente muy selectiva, a un reducido grupo de individuos con un nivel de ingresos inferior a cierto umbral mínimo. Aunque no resulta sencilla la identificación de los ingresos de los individuos, se podría adoptar inicialmente como referente para la exención a los perceptores de pensiones y subsidios públicos que no alcanzan una determinada renta. La segunda exención podría consistir en la aplicación de un límite máximo a la aportación realizada por cada individuo durante un determinado período de tiempo (riesgo máximo compartido por el paciente).

6. Copagos más elevados cuando más nos alejemos de servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad. El objetivo de garantizar la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad no debiera ser obstáculo para estar dispuestos a repensar la racionalidad de la financiación actual de los servicios sanitarios y de medicamentos sobre la base del mejor conocimiento disponible. La aplicación de copagos importantes será menos problemática cuanto menos efectivo y menos clínicamente necesario (servicios hoteleros, por ejemplo) sea el tratamiento sobre el que se aplique el copago, y también cuantas más alternativas existan al mismo. La base de la idea es bastante simple: si el copago no es obligatorio

cuando el tratamiento es muy efectivo y necesario y cuando no existen alternativas, las barreras de acceso que el mismo suponen serán menores o inexistentes (véase el caso de los precios de referencia o copagos diferenciales aplicados a medicamentos que, utilizados de forma adecuada, representan copagos evitables). O sea, los copagos podrían estar relacionados con la efectividad o aportación marginal de las prestaciones sanitarias.

34

7. Es posible diseñar copagos evitables relacionados con la efectividad y con la relación coste-efectividad. Resulta posible diseñar un sistema adicional de copago que sea casi-evitable (no obligatorio) y relacionado con la efectividad y la relación coste-efectividad de los medicamentos. Este segundo nivel de copago tendría un carácter universal, pero sería casi-evitable atendiendo a las preferencias individuales.

Un segundo nivel de copago se puede instrumentar a través de un sistema de precios de referencia (PR), distinto del actual (limitado a la equivalencia química), y basado en la equivalencia farmacológica, o bien en un sistema de copagos diferenciales. Este copago se orientaría hacia incentivar que el paciente (y su prescriptor) elijan aquellos medicamentos con mayor efectividad y mejor relación coste-efectividad (es decir, pretende sobre todo sensibilizar al paciente respecto del valor del medicamento).

Otra alternativa para el diseño de este segundo nivel de copago se encuentra en la aplicación de copagos diferenciales. La idea básica del diseño de copagos diferenciales se fundamenta en la clasificación de los medicamentos en diferentes grupos o niveles, en función de su efectividad, pero también de la relación coste-efectividad.

8. La aportación del usuario en prestaciones actualmente no cubierta supone una reducción del copago. La respuesta administrativa con elegibilidad universal-prestación o uniforme-gratuidad asumiendo que la financiación con impuestos es garantía de equidad, no es buena guía ni para la mejora de la equidad ni para el aumento de la corresponsabilidad individual. La inclusión dentro de la cobertura aseguradora pública de prestaciones, actualmente no cubiertas o con cobertura parcial (salud bucodental, podología, fisioterapia, salud mental, etc.), supone, sin lugar a dudas, una reducción del nivel de copago. La inclusión dentro de la cobertura o la mejora de la misma para estos servicios, mediante el requerimiento de una aportación financiera

del paciente, debe ser vista precisamente como una importante mejora de la igualdad de acceso a los servicios.

9. Los comportamientos poco responsables en la utilización de servicios sanitarios deben ser desincentivados. Aunque la aplicación práctica no resulta sencilla, la utilización poco responsable de los servicios sanitarios por parte de los usuarios debe ser penalizada mediante la aplicación de copagos. En este ámbito, se puede incluir, por ejemplo, el acceso a los servicios de urgencia hospitalaria para condiciones claramente definibles a priori como no urgentes. Otro ejemplo puede ser la penalización de la no presentación del paciente a una cita programada en la atención primaria o en la atención especializada (House of Commons, 2006).

35

Parece evidente que si la obesidad, por ejemplo, es una enfermedad y hay tratamientos médicos o quirúrgicos efectivos, sería aconsejable tratarla (González, 2005). Ahora bien, la financiación de los tratamientos no puede ser indiscriminada e incondicionada: los fármacos contra la obesidad pueden incluso aumentar el comportamiento poco responsable del paciente agravando la dejación de responsabilidades. La cobertura pública de los tratamientos adelgazantes, por una parte, resta efectividad al tratamiento (como no cuesta, no se esfuerza por no comer), y por otra, tiene un coste en términos de pérdida de bienestar, por la vía del riesgo moral (González, 2005). Así, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha recomendado al NHS británico que la financiación de este tipo de tratamientos esté condicionada a la corresponsabilidad individual con un esfuerzo previo de control de peso mediante dieta y ejercicio, y luego, el NHS le financiará el fármaco.

10. Es muy recomendable realizar estudios sobre el impacto del actual sistema de copagos. Parece recomendable impulsar estudios que aporten conocimiento acerca de las causas y las consecuencias de estas diferencias de comportamiento en el consumo farmacéutico español, según el tipo de cobertura aseguradora. El hecho de que los pensionistas de las mutualidades de funcionarios públicos generen un gasto en medicamentos equivalente a poco más de la mitad del que generan los pensionistas del SNS, bien merece un análisis detallado del impacto de la diferencias en el copago de la cobertura aseguradora de ambos sobre el consumo de medicamentos, de servicios sanitarios, así como sobre el estado de salud. Por otro lado, la existencia de

copagos del 100% de algunos tratamientos a causa de la exclusión de determinadas prestaciones de la cobertura aseguradora pública, tales como algunas prestaciones de atención bucodental o determinados tratamiento antiobesidad o de deshabituación tabáquica, requiere mejor conocimiento de su impacto sobre la eficiencia y sobre la equidad.

- 36 **11. Los copagos nunca deben emplearse de forma aislada e independiente de los incentivos a los proveedores.** Resultaría, por otro lado, naíf y poco informado tratar de evitar el debate político y social sobre el papel que debe tener esta responsabilidad individual en el nuevo enfoque igualitario del Estado del Bienestar limitándose a señalar la obviedad de que los copagos no son suficientes para asegurar la desaparición de las ineficiencias en el sistema sanitario. Ni la eficiencia en la utilización de los servicios sanitarios, ni la equidad, ni el control del gasto pueden descansar únicamente en el copago, ni en ninguna otra política única y mágica. Su efectividad se potencia cuando se combina con otros instrumentos e incentivos. De hecho, todos los países europeos combinan, en diferentes dosis y proporciones, múltiples instrumentos que inciden en el comportamiento de la industria, de los médicos prescriptores y de los pacientes (González, 2001).

Tabla

Indicaciones para el fomento de la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del SNS
1. El efecto de posibles copagos sobre la equidad en la financiación se debe valorar teniendo en cuenta que los ingresos adicionales vía recaudación impositiva tienden a ser más bien regresivos.
2. Copagos con el objetivo principal de incentivar la corresponsabilidad individual y alejados de los objetivos puramente recaudatorios
3. Los copagos no deben afectar los servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad.
4. Las exenciones del copago no pueden basarse únicamente en la edad.
5. Copagos reducidos y con pocas excepciones pueden ser útiles para favorecer la corresponsabilidad individual.
6. Copagos más elevados cuando más nos alejemos de servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad.
7. Es posible diseñar copagos evitables relacionados con la efectividad y con la relación coste-efectividad.
8. La aportación del usuario en prestaciones actualmente no cubiertas supone una reducción del copago.
9. Los comportamientos poco responsables en la utilización de servicios sanitarios deben ser desincentivados.
10. Es muy recomendable realizar estudios sobre el impacto del actual sistema de copagos.
11. Los copagos nunca deben emplearse de forma aislada e independiente de los incentivos a los proveedores.

Agradecimientos: *La realización de este texto se ha beneficiado de una ayuda a la investigación del Ministerio de Educación y Ciencia (SEC2003-00036).*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albi E. et al. *Economía Pública II*. Barcelona: Ariel Economía, 2000
- Calonge S.; Manresa A. *La incidencia impositiva y la redistribución de la renta en España: un análisis empírico*. Papeles de Economía Española 2001; 88: 216-29
- Chernochovsky, D. *The public-private mix in the modern health care system – Concepts, issues and policy options revisited*. Working Paper 7881, NBER 2000 September
- Diamond P.; Giddens, A. *The new egalitarianism*. Cambridge: Polity Press, 2005
- Esping-Andersen G.; Sarassa, S. "Los dilemas de la redistribución en los Estados de Bienestar del siglo XXI". En: Ruiz-Huerta, J. (ed.). *Políticas públicas y redistribución de la renta*. Madrid: Fundación BBVA; 2005. p. 693-719
- Evans, R.G. et al. *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not for Others?* Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 1983
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad y Fundación Fernando Abril Martorell. *Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado*. Análisis prospectivo Delphi. Madrid: 2006
- Gertler, P.; Hammer, J. "Strategies for Pricing Publicly Delivered Health Services". En: Schieber, G. (ed.). *Innovations in Health Care Financing*. World Bank. Washington DC. 1998
- González, B. "Los seguros en la financiación pública de medicamentos". En: Puig-Junoy, J. (ed.). *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos*. Barcelona: Ed. Masson; 2002, p. 103-122
- . *La obesidad como problema de salud y como negocio*. Gestión Clínica y Sanitaria 2005; 7(3): 83-7
- González Páramo, J.M.; López Casasnovas, G. *El gasto público: problemas actuales y perspectiva*. Papeles de Economía Española 1996; 69:2-38
- Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte. *Confianza en el Sistema Nacional de Salud 2005/2006*. Biblioteca Josep Laporte, 2006
- Hoel, M. *Concerns for equity and the optimal co-payments for publicly provided health care*. CESIFO Working Paper No. 1620; Diciembre 2005
- House of Commons. Health Committee. *NHS Charges*. Third Report of Session 2005-06. Volume I. 18 July 2006
- Le Grand J. *Inequality, choice and public services*. Cap. 12. En: Diamond P, Giddens A. *The new egalitarianism*. Cambridge: Polity Press 2005.
- López-Casasnovas, G. *Los nuevos ejes de la política social*. En: Boixareu RM et al (ed). *La gestió de la salut, reptes ètics*. Cabriels: Prohom Edicions. 2005.

- . *El copagament*. El Periódico, 15 de febrero de 2006:5
- Ma, A.; Riordan, M.H. *Health insurance, moral hazard and managed care*. J Econ Manag Strategy 2002; 11: 81-107
- Monasterio, C.; Suárez, C. *Manual de hacienda autonómica y local*. Barcelona: Ed. Ariel, 1998
- Murillo, C.; Carles M. *Diseño de indicadores de capacidad adquisitiva de los usuarios para mejorar la racionalidad y la equidad en la financiación sanitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES, 1999
- Newhouse, J.P. et al. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993
- Ortún, V. *Corresponsabilidad individual en al financiación del SNS*. De próxima publicación en *Revista Asturiana de Economía*, 2006
- Puig-Junoy, J. *Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué*. Hacienda Pública Española 2001; 158-3:105-34
- . *La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)*. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2004; 6(4):133-140. Accesible en <<http://www.iiss.es/gcs/>>
- Rice, T. *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago: Health Administration Press. 1998
- Rice, T.; Morrison, K.R. *Patient Cost Sharing for Medical Services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform*. *Med Care Rev* 1994; 51(3): 235-287