

*José Manuel López Saludas**

EFFECTO DE LOS COPAGOS EN LA SANIDAD: TEORÍA Y EVIDENCIA

Es un hecho notorio que en casi todos los países occidentales existe el copago sanitario y farmacéutico. Desde la perspectiva de la equidad, dichos copagos pueden afectar negativamente a algunos segmentos de la población, especialmente a los enfermos crónicos y los de renta más baja.

El objetivo principal de este trabajo es doble. En primer lugar, resumir los estudios nacionales e internacionales más relevantes que se han realizado hasta la fecha sobre las consecuencias de introducir o incrementar el copago sanitario y farmacéutico y, en segundo lugar, analizar los efectos económicos que se han producido como consecuencia de las medidas adoptadas por el Gobierno de España en abril de 2012, referentes a la introducción y aumento del copago farmacéutico en el colectivo «pensionistas» y «activos» del Sistema Nacional de Salud, respectivamente.

Palabras clave: bien preferente, equidad, salud, medicamentos y elasticidad.

Clasificación JEL: H41, H51, I18.

1. Introducción

La sanidad es un bien preferente o de mérito porque beneficia de una manera individual y divisible a quien directamente lo consume, pero también al conjunto de la sociedad de forma indivisible (es un bien público y privado al mismo tiempo), lo cual implica importantes consecuencias de carácter económico-financiero. (Gonzalo González, 2008).

Los ciudadanos europeos viven más años que en otros continentes y, además, su estado de salud es el mejor que se ha tenido hasta ahora. La esperanza de vida en Europa occidental ha aumentado considerablemente desde 1950 en torno a 2,5 años por década. Los estudios demográficos prevén que la salud continuará mejorando pero, sin embargo, las enfermedades relacionadas con el estilo de vida son un impedimento para que la esperanza de vida continúe creciendo como hasta ahora. Los factores principales de riesgo son el tabaco, la obesidad, la falta de actividad física, el alto consumo de alcohol, las lesiones y accidentes que provocan fallecimientos prematuros, las enfermedades crónicas, etcétera. En definitiva, existe una relación entre alimentación, estilo de vida y la salud (Skar y otros, 2008). ▷

La sanidad es un bien preferente o de mérito porque beneficia de una manera individual y divisible a quien directamente lo consume, pero también al conjunto de la sociedad de forma indivisible (es un bien público y privado al mismo tiempo).

* Profesor de Administración de Empresas del Ciclo Formativo Superior de Administración y Finanzas del Instituto «Escola de Treball» de Granollers (1972 - actualidad).

Profesor Asociado del Departamento de Economía y Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra (1996 - actualidad).

Este trabajo es un resumen de una parte de la Tesis Doctoral «Producción pública, gestión privada y eficiencia del Servicio Nacional de Salud», dirigida por el Dr. Leopoldo Gonzalo González, Catedrático de Hacienda Pública de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la UNED. Dicho trabajo se ha actualizado como consecuencia de la implantación del copago farmacéutico en el colectivo «pensionistas» y el incremento del copago en los «activos» del SNS (actualizado hasta 16 diciembre 2012).

Versión de diciembre de 2012.

Asimismo, hay una relación directamente proporcional entre el estado de salud y la productividad de las personas, o sea, si una persona aumenta su estado de salud, también lo hará su productividad, entre otras razones, porque estará menos días incapacitado para trabajar. La evidencia empírica así lo corrobora, es decir, la salud de las personas afecta al crecimiento económico de forma directa y significativa (Rivera, 2003).

2. La equidad en la sanidad

Según la Real Academia Española, la equidad significa: «la igualdad de ánimo», «*la justicia natural, por oposición a la letra de la ley positiva*», «*moderación en el precio de las cosas, o en las condiciones del contrato*», «*disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que se merece*» y «*cualidad de una persona que la hace juzgar o actuar con un sentido natural de lo que es justo*». Ahora bien, ¿qué significado le atribuyen los expertos de economía a la palabra equidad?

2.1. La equidad en la prestación

A juicio de M. Friedman, la equidad es una palabra vaga, difícil o imposible de definir con precisión (Friedman, 1979). En parecidos términos se expresa A. Prest, ya que, según éste, se suele definir la equidad como «*lo que se cree que es equitativo*» o «*lo que la sociedad cree que es equitativo*», lo cual es un razonamiento circular y, por consiguiente, el significado de la equidad continua siendo nebuloso (Prest, 1967).

¿Tienen razón Friedman y Prest? ¿Qué es la equidad en Sanidad? Veamos lo que dicen al respecto otros autores de reconocido prestigio nacional e internacional.

A juicio de Arrow, los cuidados médicos son sólo uno entre los muchos factores que influyen en la salud, ya que en los niveles de renta bajos hay otros bienes, como la nutrición, la vivienda, el ves-

tido y la higiene que tienen un efecto mucho más significativo sobre la salud. Los servicios médicos, dejando a un lado los servicios preventivos, producen satisfacción en las personas, especialmente, en el caso de advenimiento de una enfermedad, ya que ésta representa no sólo un riesgo positivo de muerte, sino también un riesgo de deterioro de la salud física y psíquica del organismo, lo cual produce la pérdida o reducción de la capacidad laboral. Aunque el conocimiento médico es complejo, lógicamente, la información que el médico posee respecto a los efectos y las posibilidades de un tratamiento es mayor que la del paciente, pero, esta desigualdad de información entre el productor y el comprador no es óbice para que, en la mayoría de los casos, el paciente pueda comprender, tanto o casi tanto como el productor, el funcionamiento del producto (utilidad del servicio médico). En definitiva, según Arrow, en la mayoría de los casos no existe información asimétrica (Arrow, 1981).

En parecidos términos se expresa Bernaldo de Quirós, ya que quienes esgrimen la asimetría de la información suelen alegar que los productores de los servicios médicos saben más que los consumidores. Ahora bien, la importancia de esta asimetría es exagerada, ya que el mayor interesado en elegir bien es el consumidor (comportamiento idéntico cuando elige cualquier otro producto). En consecuencia, el mayor interesado en elegir bien es el consumidor de servicios médicos porque existen altos incentivos para él y para su familia. «*Resulta complicado explicar por qué los ciudadanos son capaces de elegir a quien les va a gobernar y son incapaces de tomar una decisión racional relativa a algo tan importante como su salud o la de su familia. La reputación de los médicos, la posibilidad de pedir una segunda opinión, la experiencia de otros, etc. suponen fuentes adicionales de información*» (Bernaldo de Quirós, 1998).

A. Sen considera que la salud y la enfermedad deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Cualquier concepción de la justicia social que considere «*una distribución equitativa*», lógicamente, no puede ▷

ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. Ahora bien, los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria, ya que en la salud de las personas influyen, principalmente, las herencias genéticas, los hábitos alimentarios, los niveles de renta, los estilos de vida y las condiciones de trabajo. En consecuencia, Sen considera que la «*equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no sólo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestarse atención a la ausencia de discriminación en la prestación sanitaria*» (Sen, 2002).

¿Qué significa «posibilidad de lograr buena salud», «justicia en los procesos» y «ausencia de discriminación en la prestación sanitaria»? ¿La asistencia sanitaria universal del Sistema Nacional de Salud (SNS) ofrece a todos los ciudadanos las mismas posibilidades de lograr buena salud, es justa en los procesos y no existe discriminación en los servicios que presta?

Según Saltman, respecto a la equidad en la salud «*existen notables discrepancias en lo que se refiere a cómo definirla, y muchas más aún en cuanto a los métodos e instrumentos que serían precisos para lograrla*». Numerosos eruditos se han ocupado de cómo definir mejor la equidad en el sector sanitario. A juicio de Culyer hay cuatro formas diferentes de equidad: a) tener igual acceso a los servicios, b) recibir igual tratamiento para la misma enfermedad, c) tener un tratamiento basado en la necesidad de atención, incluso aunque su cantidad sea desigual y d) tener igual nivel de salud, es decir, iguales resultados.

La equidad en la salud, según Daniels, debería definirse como «*igualdad de oportunidades*». Por tanto, el Estado debe garantizar que cada ciudadano tenga iguales posibilidades en «*relación con varios resultados sustantivos o de contenido de un sistema sanitario*» (Saltman, 1997).

¿Qué significa en la práctica ser justo o equitativo?, a juicio de Barberá, no es sencillo definir qué es equitativo ya que «*parece haber márgenes legítimos al desacuerdo entre los distintos individuos igualmente bienintencionados acerca de qué debe entenderse por equidad. En todas las polémicas interesantes, y sin duda la equidad del sistema sanitario es una de ellas, nos encontraremos con opiniones encontradas sobre qué hacer*» (Barberá, 1988).

En resumen, a nuestro juicio, la equidad en la sanidad pública consiste en que todas las personas deberían tener igual acceso a los mismos servicios sanitarios públicos, si tienen igual necesidad.

2.2. La equidad en la financiación

La financiación de la sanidad pública en casi todos los países occidentales se realiza, principalmente, a través de las cotizaciones realizadas por los trabajadores activos (modelo profesional inspirado en Bismark), o bien a través de los impuestos que pagan todos los ciudadanos (modelo universalista inspirado en los informes de Beveridge). No obstante, ambos modelos son compatibles entre sí, es decir, es factible la financiación de la sanidad a través de las cotizaciones sociales y los impuestos (financiación mixta). En España, el sistema de financiación se ha transformado desde el modelo profesional al modelo universal (derecho universal a las prestaciones sanitarias) y, en consecuencia, la financiación actual del sistema sanitario es, principalmente, a cargo de los impuestos (algunas prestaciones son financiadas parcialmente por los usuarios, como, por ejemplo, los medicamentos).

La sanidad, como decíamos, es un bien preferente y, sin embargo, la financiación de la misma se realiza casi exclusivamente a través de los impuestos. ¿Es congruente desde la perspectiva de la racionalidad económica que un bien preferente se financie en su práctica totalidad con los impuestos generales? ¿Una política económica de esta naturaleza contribuye a moderar el creciente e insostenible gasto sanitario? ▷

La aplicación, al menos parcial, del principio del beneficio para la financiación del SNS es coherente con el hecho objetivo de que los gastos sanitarios reportan, parcialmente, beneficios individuales y divisibles a todas aquellas personas que utilizan o reciben las prestaciones sanitarias y, por consiguiente, es lógico que se exija a los beneficiarios aportaciones singulares de las que sólo deberían quedar liberados en supuestos especiales de carencia o insuficiencia de renta. Además, las fórmulas de copago o de *ticket* regulador aplicadas a los servicios sanitarios, son instrumentos que disuaden de un consumo excesivo o innecesario de los mismos (Gonzalo González, 2008).

Los pagos que realizan los usuarios para contribuir a la financiación (parcial) de los servicios públicos están relacionados con los beneficios que reciben por la utilización de los mismos, es decir, quien paga es quien se beneficia del servicio recibido. Desde una perspectiva teórica, cuando los copagos se aplican sin ninguna relación con el nivel de renta, en principio, debería ocasionar un efecto regresivo sobre la distribución de la renta, ya que las personas enfermas con menor nivel de renta deberán gastar una mayor proporción de la renta. Algunos estudios indican que «*los copagos no sólo pueden ser regresivos, sino que además pueden llegar a afectar negativamente el estado de salud de los individuos de menor renta*» (Puig-Junoy, 2001). ¿Es cierta esta afirmación? La mayoría de los países occidentales, desde finales de los ochenta, han introducido paulatinamente los copagos por la utilización que realizan los ciudadanos de los servicios ambulatorios y hospitalarios. La causa principal por la que se introdujeron dichos copagos fue el continuo incremento exponencial de los gastos sanitarios públicos y, por tanto, aquéllos son, en teoría, un medio para disuadir a los usuarios de realizar consumos innecesarios o abusivos y, además, contribuyen a la financiación parcial del coste de los mismos.

Los copagos son eficaces si evitan o disminuyen la utilización de los servicios sanitarios¹ innecesarios

¹ Los servicios sanitarios incluyen, principalmente, las visitas médicas, las pruebas diagnósticas, las intervenciones quirúrgicas, las urgencias y las hospitalizaciones.

o abusivos, es decir, que la demanda de los servicios sanitarios sujetos al copago sea suficientemente elástica (sensible a la introducción y modificación del copago). En España, hasta junio de 2012, sólo existía el copago farmacéutico para determinados colectivos (los activos y los pensionistas de MUFACE), pero, sin embargo, no existe para los servicios sanitarios, por lo que, inevitablemente, nos tendremos que remitir a otros países al objeto de conocer qué resultados se han obtenido con la introducción del copago y del *ticket* moderador.

La evidencia empírica disponible es prácticamente unánime: cuando se introduce el copago o aumenta éste, se produce una disminución en la utilización de los servicios sanitarios, es decir, la elasticidad precio² es negativa para todos los servicios sanitarios (entre -0,17 y -0,22), aunque para determinados servicios (las urgencias) existe menos elasticidad precio (Rice, 1998). No obstante, las variaciones de las cantidades demandadas de los servicios sanitarios son inferiores a las variaciones de los precios de los servicios sujetos al copago (elasticidad menor que -1).

Asimismo, la evidencia empírica internacional corrobora que los copagos farmacéuticos moderan el gasto sin comprometer la equidad. Los estudios realizados en 17 países diferentes ponen de manifiesto lo siguiente: a) un aumento del copago farmacéutico del 10 por 100 reduce el gasto entre un 2,9 y un 0,6 por 100, b) los copagos reducen la probabilidad de obtener una receta, ya que un aumento del 10 por 100 en el precio pagado por el paciente reduce el número de recetas entre un 0,6 y un 8 por 100 y c) los copagos reducen tanto el consumo de medicamentos esenciales como no esenciales, si bien la reducción de estos últimos es más elevada (Gemmill, M.C. y otros, 2009).

A las mismas o parecidas conclusiones llegan todos los estudios que se han realizado en diversos países y, por supuesto, España no es una ex- ▷

² La elasticidad precio de la demanda es el grado de variación o respuesta de la cantidad demandada de un bien o servicio respecto a los cambios en el precio de dicho bien o servicio. Dicho en otras palabras: es el cambio o variación porcentual en la cantidad demandada en relación al cambio o variación porcentual en el precio. Las elasticidades del precio son casi siempre negativas debido a la naturaleza inversa de la relación entre el precio y la cantidad demandada.

cepción. En España, los medicamentos que consumen los pensionistas del régimen general han sido gratuitos hasta julio de este año, mientras que los pensionistas de MUFACE deben sufragar el 30 por 100 del precio del fármaco. La evidencia empírica pone de manifiesto los resultados positivos (reducción del coste) que genera la introducción del copago farmacéutico: el pensionista o beneficiario de MUFACE consume de fármacos el 63,5 por 100 del consumo de un pensionista del régimen general (o sea, el copago ahorra el 36,5 por 100). Estos datos se refieren a los años noventa (Puig-Junoy, 2001), por lo que cabe preguntarse: ¿siguen siendo similares en los años 2009, 2010 y 2011?

Según la Memoria MUFACE de 2010, el consumo medio farmacéutico³ de los mutualistas activos y pasivos (pensionistas) fue de 163,67€ y 650,11€, respectivamente. Es decir, un pensionista consumió 3,97 veces más que un activo, lo cual se puede considerar lógico como consecuencia de la edad de ambos colectivos. Asimismo, el número de recetas por persona protegida fueron: 10,69 (activos) y 38,35 (pensionistas), es decir, la relación fue de 3,58 (muy similar al consumo).

Por lo que respecta al consumo o gasto farmacéutico del colectivo de pensionistas del SNS, no conocemos un dato tan preciso como el que publica MUFACE, pero, no obstante, *grosso modo*, lo podemos inferir a partir de diversos datos que se han publicado en 2009, 2010 y 2011. Así, según el Ministerio de Sanidad⁴, el Gasto Farmacéutico fue 12.505,69€, 12.207,68€ y 11.135,40 millones de euros en los años 2009, 2010 y 2011, respectivamente. Según diversos estudios realizados, el gasto farmacéutico de los pensionistas es, aproximadamente, el 70 por 100⁵ de gasto total, aunque algu-

nos consideran que es el 72 por 100 (Perona, 2007). Asimismo, si tenemos en consideración el colectivo de potenciales pensionistas y beneficiarios de éstos (65 y más años), según el INE⁶, en el año 2010, ascendió a 8.092.853 personas (sin excluir los pensionistas del colectivo de MUFACE). En consecuencia, en el año 2010, el coste farmacéutico medio de los pensionistas del SNS fue, como mínimo, 1.055,92€⁷.

Como hemos dicho anteriormente, los pensionistas (y beneficiarios) de MUFACE deben pagar el 30 por 100 del precio (PVP) de los medicamentos, mientras que los pensionistas del SNS no pagaban nada hasta julio 2012, es decir, eran totalmente gratuitos⁸. Ahora bien, el índice de cobertura⁹ del colectivo de MUFACE no es el 70 por 100 (100 - 30 por 100), sino el 79,19 por 100¹⁰, es decir, el gasto farmacéutico lo financia MUFACE el 79,19 por 100 y el 20,81 por 100¹¹ el pensionista (17,81 por 100 en el 2011).

Analizando dichos datos, el gasto farmacéutico medio del pensionista del SNS (1.055,92€) es un 62,42 por 100¹² superior al gasto medio de un pensionista de MUFACE (650,11€¹³). Dicho en otras palabras, los pensionistas de MUFACE gastan un 38,43 por 100¹⁴ menos que los pensionistas del SNS (como se puede constatar, los datos de 2010 son casi idénticos a los de finales de los noventa).

¿Quiere ello decir que un copago efectivo del 20,81 por 100 reduce el consumo en un 38,43 por 100?

Para poder afirmar con rotundidad que existe una correlación de semejante naturaleza, lógicamente, se requeriría un estudio o análisis más pro- ▷

³ Es el PVP (precio venta público).

⁴ <http://www.msps.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2010.htm>

⁵ Algunos estudios consideran que dicho gasto es el 68,17, 70 o 73 por 100 del gasto total:

(<http://economiaaloclaro.blogspot.com/2011/02/el-despilfarro-de-los-medicamentos.html>),

(https://www.pfizer.es/docs/pdf/sala_prensa/seminarios/4_Presentacion_Antoni_Sicras.pdf),

(http://www.actasanitaria.com/files/doc_63506_FICHERO_NOTICIA_25523.pdf).

⁶ <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>

⁷ $(12.207.683.146 * 0,7) / 8.092.853 = 1.055,92 ?$

⁸ En Cataluña, cada persona (incluidos los pensionistas) paga un euro por cada receta a partir del mes de julio de 2012.

⁹ Según el INE, es el cociente entre el gasto medio por receta y el importe medio por receta (expresado en porcentaje)

¹⁰ <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales10/salud-naci.xls#'Tabla9'!A1>

¹¹ Según la Memoria Muface de 2007, dicho copago ascendió al 18,88%.

¹² $(1055,92 - 650,11) / 650,11 = 62,42$ por 100.

¹³ En el 2011 fue 640,77€ (Memoria Muface 2011).

¹⁴ $(1055,92 - 650,11) / 1055,92 = 38,43$ por 100.

fundo¹⁵, pero, a la vista de los datos expuestos correspondientes a los años noventa, así como 2009, 2010 y 2011, el copago farmacéutico reduce considerablemente el consumo (la elasticidad precio es mayor que -1¹⁶, concretamente -1,85).

Como decíamos anteriormente, algunos estudios hacen hincapié en los efectos negativos que tiene el copago en la equidad, ya que para financiar los servicios o prestaciones sanitarias (así como las prestaciones farmacéuticas) se debería tener en consideración, exclusivamente, el principio de capacidad de pago (cada persona debe contribuir proporcionalmente según su nivel de renta) y, sin embargo, el copago no tiene en consideración el mismo, ya que todos los niveles de renta («ricos y pobres») pagan la misma cantidad o porcentaje por los servicios recibidos (Rodríguez, 2006, entre otros estudios). Sin embargo, dichos estudios no tienen en consideración dos aspectos fundamentales: a) la naturaleza de bien de mérito de los servicios sanitarios y su relación con el principio de beneficio y b) los servicios sanitarios del SNS (o tipo Beveridge) se financian con los impuestos que pagan todos los ciudadanos y, obviamente, unos ciudadanos contribuyen más que otros¹⁷. Asimismo, los que más contribuyen a la financiación son los que menos utilizan los servicios sanitarios públicos, bien porque tienen mejor salud (así lo

¹⁵ Por ejemplo, se debería analizar el estado de salud de ambos colectivos

¹⁶ $-38,43 / +20,81$ por 100 = -1,85.

¹⁷ Los ingresos públicos con los que se obtiene la mayoría de la recaudación son el IRPF (progresivo) y el IVA (proporcional). Según el Informe Anual de Recaudación Tributaria del año 2.010, elaborado por el Servicio de Estudios Tributarios y Estadísticos, la recaudación en el año 2010 de IRPF e IVA ascendió a 66.977 y 49.086 millones de euros, respectivamente. En porcentajes respecto al total de Ingresos Tributarios, el IRPF representa el 41,98 por 100 $((66.977/159.536) + 100)$ y el IVA el 30,76 por 100 $((49.986/159.536) * 100)$. A su vez, la suma total del los impuestos directos, los impuestos indirectos y las tasas ascendieron a 85.827, 71.893 y 1.816 millones de euros, respectivamente. En términos porcentuales, dichos tributos representan el 53,80, 45,06 y 1,14 por 100, respectivamente.

Asimismo, según un Informe elaborado por el Instituto de Estudios Fiscales –dependiente del Ministerio de Hacienda– el 10 por 100 de las rentas (primera decila) aporta el 33,75 por 100 de la renta total que grava el IRPF; mientras que el segundo escalón (otro 10 por 100) aporta otro 14,89 por 100. Este quiere decir que el 20 por 100 contribuye con casi el 50 por 100 de las rentas declaradas a efectos fiscales (en concreto, un 48,64 por 100). Las cifras sobre la enorme capacidad redistributiva del IRPF indican que se trata de un impuesto altamente progresivo que prácticamente exonera de tributación a las rentas más bajas. (<http://www.cotizalia.com/en-exclusiva/hacienda-queda-ricos-13000-contribuyentes-ganan-20100520.html>).

corroboran múltiples estudios a nivel nacional e internacional) o bien porque tienen un seguro privado (pagan voluntariamente) que utilizan en la mayoría de las ocasiones (aunque tengan derecho a la asistencia sanitaria pública). No se conoce ningún estudio que tenga en consideración estos aspectos tan elementales pero, sin embargo, muchos estudios hacen continua referencia a la iniquidad del copago sanitario, ya que las rentas bajas deben realizar un esfuerzo proporcionalmente mayor que las rentas altas. Ninguno de dichos estudios, se recuerda una vez más, tienen en consideración un aspecto fundamental y, que por cierto, casi todos los científicos de la Economía Pública están de acuerdo: los servicios sanitarios son un bien de mérito o preferente porque reportan un beneficio individual a todas las personas que utilizan los mismos.

¿Por qué las rentas bajas pagan por los bienes privados que consumen (cine, lotería, comida, bebidas, etcétera) y no deben pagar, sin embargo, por otros bienes parcialmente privados que también consumen (los medicamentos y los servicios sanitarios)?

Como corroboración del efecto positivo que tiene el copago como instrumento para conseguir un uso más racional en la utilización de los servicios sanitarios y las consecuencias sobre la reducción del coste sanitario, el profesor J. Newhouse dirigió el estudio más completo, caro y famoso de la historia de la salud, el cual se realizó entre los años 1975 y 1982. El estudio pretendía demostrar que las personas o familias que pagan (copago) por la utilización de los servicios sanitarios demandan considerablemente menos servicios sanitarios que aquellas personas o familias que no pagan nada. Es decir, se trataba de demostrar que la demanda de servicios sanitarios es elástica con respecto al precio y que, además, esta menor utilización no repercute gravemente en el nivel de salud del conjunto de la población. Los resultados¹⁸ de dicho estudio fueron los siguientes: ▷

¹⁸ Para obtener más información al respecto ver: http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174/index1.html (en inglés)

http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/pdf/09_N4_PrimsSocial_planckbarahona.pdf (comentario que realiza Plank Barahona, Universidad de Atacama, Chile).

<http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%204.pdf> (comentario que realiza la profesora M. Rodríguez, 2006)

a) Los copagos provocan una reducción importante en la utilización de los servicios sanitarios, lo cual repercute en una reducción considerable del coste sanitario. O sea, las personas que tenían acceso gratuito a la utilización de los servicios sanitarios, utilizaban bastante más dichos servicios que las personas que pagaban (copago) por la utilización de los mismos. Es importante resaltar que la elasticidad es mayor a medida que el copago aumenta, es decir, a medida que aumenta un determinado porcentaje del precio (copago), se reduce un mayor porcentaje en la utilización de los servicios sanitarios, lo cual implica que las personas que recibían servicios gratuitos gastaban un 39 por 100 más que los que pagaban.

b) La existencia de diferentes elasticidades según los servicios utilizados. Los servicios dentales, las pruebas de diagnóstico y visitas de tipo preventivo son las que tienen una elasticidad mayor, y por el contrario, los servicios hospitalarios tienen una elasticidad baja.

c) La elasticidad de la demanda de los servicios sanitarios es mayor en las personas con rentas más bajas, aunque no tiene impacto sobre la salud (no existen diferencias relevantes entre las personas que reciben los servicios sanitarios, bien sean éstos gratuitos, o no). La inexistencia de diferencias en la salud de las personas es, según los autores, a consecuencia de que las personas que reciben gratuitamente los servicios sanitarios, utilizan éstos de forma innecesaria e innapropiada.

En relación con lo manifestado el apartado anterior (c), recientemente se publicó un estudio realizado por expertos¹⁹ en Sanidad al objeto de evaluar el impacto de los servicios sanitarios en la salud, cuya conclusión era la siguiente: «los servicios sanitarios sólo influyen en un 25 por 100 en la salud de la población». Esta afirmación corrobora muchos estudios que se habían realizado con anterioridad, tanto a nivel nacional como internacional. En España, los expertos coinciden en que si

¹⁹ Manifestación realizada por Antonio Serra, director de la Agencia española de Tecnología Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III. Se publicó en El Médico Interactivo y en Gestión en Salud Pública: <http://salud.equitativa.blogspot.com/2011/04/segun-los-expertos-los-servicios.html>

bien estamos obsesionados con mejorar la calidad de los servicios sanitarios, sin embargo, el factor más importante es el estilo de vida. Unos hábitos saludables como no fumar, dieta equilibrada, deporte moderado diario, control del estrés, etcétera son los factores que más influyen en la salud de los ciudadanos.

En definitiva, tal y como señalaba el informe Lalonde en 1974, los principales variables que influyen en la salud son: el estilo de vida y la biología humana. Algunos estudios consideran que el estilo de vida, la genética, el medio ambiente y la asistencia sanitaria son los determinantes de la salud en el 43, 27, 19 y 11 por 100, respectivamente. Además, la mayoría de dichos profesionales sanitarios no tienen interiorizado el concepto de la eficiencia, porque, aunque los profesionales de la atención primaria y especializada quieren lo «mejor» para los pacientes, lo «mejor» no es siempre lo más caro, es decir, ni el paciente (ni la sociedad) debería pagar por un servicio o medicamento que no le aporta ninguna ventaja adicional con respecto a otras alternativas más baratas. Nuestro SNS gasta mucho en los medicamentos mal llamados «innovadores», un término más comercial que médico, ya que muchas veces son variantes de otros ya existentes, sin ventajas demostradas sobre éstos, pero de un precio mucho más elevado (Infac, 2010).

Según un estudio reciente realizado por investigadores de IESE, el «copago sanitario está muy extendido en Europa y prácticamente todos los países europeos tienen establecidas políticas de participación del usuario en algún nivel asistencial. Solamente España, Dinamarca y Reino Unido no han extendido esta participación más allá de los fármacos». Dichos copagos sanitarios son por atención primaria, especialistas, atención hospitalaria, servicios de urgencias y fármacos. Por ejemplo, algunos países aplican una tarifa fija en atención primaria: 10€ en Alemania y Austria, 13,70€ en Finlandia, 23,5€ en Noruega, 5€ en Portugal y 11-22€ en Suecia. En casi todos los 16 países²⁰ analiza- ▷

²⁰ Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, Reino Unido y Suecia.

dos existen mecanismos de protección a los colectivos más vulnerables (rentas bajas y pacientes de alto riesgo), bien sea a través de la fijación de un límite máximo de contribución al año o la exención total. Asimismo, en todos los estudios que han analizado dichos investigadores, existen evidencias empíricas que acreditan que el copago reduce el consumo de los medicamentos y los servicios sanitarios, sin que ello implique «una peor salud para la población». No obstante, España es el único país «que discrimina a favor de las personas mayores de 65 años con independencia de la capacidad económica de estos ciudadanos» (Mas, Cirera y Viñolas, 2011).

En definitiva, los copagos en casi todos los países de Europa son un mecanismo recaudador que permite financiar parcialmente el coste sanitario o farmacéutico, pero, sobre todo, es un medio eficaz que disuade de consumos excesivos o innecesarios.

3. Efectos del copago farmacéutico en el colectivo de los pensionistas y activos del SNS

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, entre otras medidas introdujo, por primera vez, el copago farmacéutico para el colectivo de pensionistas del SNS.

El art. 4 de dicho Real Decreto-Ley indica que la financiación pública de los medicamentos estará sometida al sistema de precios de referencia, es decir, se fijara «la cuantía máxima con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen» (los medicamentos no podrán superar el precio de referencia del conjunto al que pertenezcan).

Respecto a la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria (copago farmacéutico), el Decreto-Ley dice: «la aportación del

usuario será proporcional al nivel de renta...». El porcentaje de aportación es variable: 60, 50, 40 y 10 por 100 del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta (base liquidable) sea igual o superior a 100.000€, entre 18.000 y 100.000€, inferiores a 18.000€ y los pensionistas de la Seguridad Social (excepto si tienen rentas superiores a 100.000€), respectivamente.

Asimismo, los tratamientos de carácter crónico y los pensionistas con tratamientos de larga duración estarán «sujetos a topes máximos de aportación» de 8, 18 y 60€ mensuales para las rentas inferiores a 18.000€, entre 18.000 y 100.000€ y superiores a 100.000€, respectivamente.

Como excepción a la regla general, el Decreto-Ley establece la exención de aportación, tanto para los usuarios como a sus beneficiarios, de determinados colectivos (las personas con discapacidad, los perceptores de rentas de integración social y de pensiones no contributivas, los parados que no cobran el subsidio de desempleo y los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional).

Finalmente, el nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU seguirá siendo el 30 por 100.

¿Por qué los pensionistas (y sus beneficiarios) de estos colectivos reciben un trato discriminatorio con respecto a los pensionistas (y beneficiarios) del SNS? Esta es una pregunta que requeriría de un análisis profundo que justifique (o no) esta aparente iniquidad.

Ahora bien, ¿se ha reducido el gasto farmacéutico como consecuencia de incrementar el copago en el colectivo «activos» e introducir el copago en el colectivo «pensionistas»?

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad²¹, desde que el colectivo «pensionistas» del SNS pagan, la mayoría, un 10 por 100 del coste de los medicamentos y los «activos» un 10 por 100 adicional (del 40 al 50 por 100), el ▷

²¹ <http://www.eleconomista.es/interstitial/volver/acierto/espana/noticias/4435030/11/12/Sanidad-ahorra-803-millones-en-cuatro-meses-con-el-copago-farmacaceutico.html> (publicado el 29-11-2012 en El Economista).

coste farmacéutico del SNS de julio, agosto, septiembre y octubre de este año se redujo²² con respecto a los mismos meses del año anterior (2011) en un 24,33; 20,08; 25,45 y 17,81 por 100, respectivamente. La media de reducción del período considerado fue 21,91 por 100.

Asimismo, el número de recetas también disminuyó en los mismos meses en una media del 14,10 por 100.

Sin lugar a dudas, dicho copago farmacéutico ha sido muy eficaz ya que ha conseguido reducir considerablemente el coste farmacéutico del SNS en una proporción significativa (elasticidad -2,19²³), aunque todavía es aventurado manifestar que dicha tendencia se mantendrá en los próximos meses y, por tanto, tendrá los efectos deseados por el Gobierno. Si la media de reducción de un año completo fuera la misma que durante los cuatro meses (21,91 por 100), el ahorro o reducción del coste farmacéutico ascendería a 2.440 millones de euros²⁴, aproximadamente.

4. Conclusiones

Los servicios sanitarios influyen muy poco en la salud de la población, ya que los factores más importantes son el estilo de vida (no fumar, dieta equilibrada, deporte moderado diario, control del estrés, etcétera) y la biología humana.

Los copagos sanitarios y farmacéuticos existen en casi todos los países de nuestro entorno y, asimismo, la evidencia empírica acredita que los mismos son un mecanismo recaudador que permite financiar parcialmente el coste sanitario o farmacéutico, pero, sobre todo, es un medio eficaz que disuade a los usuarios de consumos excesivos o innecesarios, sin que ello repercuta negativamente en la equidad.

Las medidas adoptadas por el Gobierno de España en lo que se refiere al incremento del copago

farmacéutico en el colectivo «activos» y la introducción del mismo en el colectivo «pensionistas» del SNS, han sido muy eficaces al objeto de reducir el déficit público de las Administraciones Públicas, ya que la elasticidad precio ha sido elástica durante los primeros 4 meses (- 2,19), lo cual significa que, si se mantiene dicha elasticidad en los 8 meses restantes, el ahorro que supondrá para el erario público será considerable (2.440 millones aproximadamente).

Bibliografía

- [1] ARROW, K.J. (1981): «La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas», *Revista de Información Comercial Española*, nº 574, pp. 47-63.
- [2] BARBERA, S. y otros (1988): Salud y equidad (VIII Jornadas de Economía de la Salud), Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [3] BERNALDO DE QUIRÓS, L. (1998): El debate sobre la sanidad (artículo del libro «Alternativas de reforma para la Sanidad Pública»), Boletín 63 del *Círculo de Empresarios*.
- [4] FRIEDMAN, M y FIEDMAN, R. (1979): Libertad de elegir: hacia un nuevo liberalismo económico, Grijalbo.
- [5] GEMMILL, M.C. y otros (2009): «Los copagos pueden moderar el gasto y mejorar la eficiencia sin comprometer la equidad», *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 11, nº 2.
- [6] GONZALO, L. (2008): «La Sanidad como bien de mérito: consecuencias económico-financieras con referencia a España», Conferencia pronunciada en el verano del 2007 en La Granda (pp. 111-125 de la publicación de Farmaindustria: *Proyección social de la asistencia médica*).
- [7] INFAC (2010): «El gasto farmacéutico: una responsabilidad compartida». *Información Farmacoterapéutica de la Comarca*, vol. 18, nº 9 (www.osakidetza.net).
- [8] MAS, N. y otros (2011): «Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español», *Documentos de Investigación de IESE*, Rev. 2/2011
- [9] PERONA, J.L. (2007): Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica, *Círculo de Sanidad*. ▷

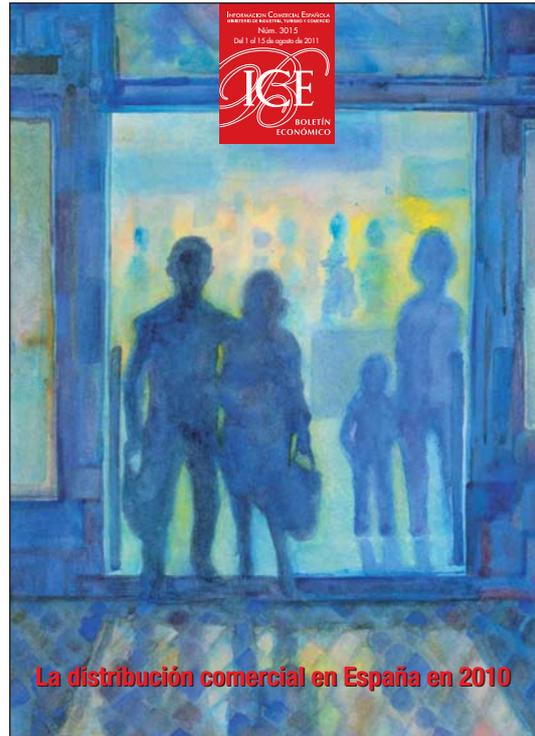
²² Hay que tener en consideración que en Cataluña también se paga «un euro por receta».

²³ -21,91 / + 10 por 100 = - 2,19

²⁴ 11.135,4 millones ? * 0,2191 = 2.440 millones de euros.

- [10] PREST, A. (1967): Hacienda Pública, Editorial Gredos.
- [11] PUIG-JUNOY, J. (2001): «Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué», *Hacienda Pública Española*, nº 158-3.
- [12] RICE, T. (1998): *The Economics of Health Reconsidered*, (citado por Puig-Junoy, 2001, pp. 121).
- [13] RIVERA, B. (2003): «El papel de la salud en la acumulación de capital humano: efectos sobre la productividad en economías desarrolladas». *Revista de Información Comercial Española*, nº 804, enero-febrero, pp. 13-22.
- [14] RODRÍGUEZ, M. (2006): «Los copagos en atención sanitaria y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad». Dicho artículo se puede localizar en la dirección: <http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%204.pdf>
- [15] SKAR, M. y otros (2008): «Salud Pública en la UE: una visión global». *Revista Española de Economía de la Salud*, vol. 7, nº 1.
- [16] SALTMAN, R.B. (1997): «Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad» (artículo del libro *Reformas sanitarias y equidad*), Argentina.
- [17] SEN, A. (2002): ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panam Salud Pública*.

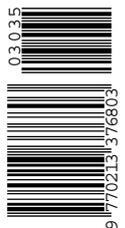
ÚLTIMOS MONOGRÁFICOS PUBLICADOS



BOLETÍN ECONÓMICO

ICE

INFORMACIÓN COMERCIAL
ESPAÑOLA



• 7 € + IVA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE COMERCIO

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS
DE POLÍTICA COMERCIAL