

Debate

## Por qué no hay que temer al copago

Marisol Rodríguez<sup>a</sup> y Jaume Puig-Junoy<sup>b</sup>

a Departament de Política Econòmica i Estructura Econòmica Mundial y Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

b Departament d'Economia i Empresa y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

Se entiende por copago la participación del usuario en el coste de un servicio; en este caso, un servicio sanitario. Dicha participación puede tener la forma de franquicia, un montante fijo o un determinado porcentaje del precio del servicio. El debate sobre la conveniencia y oportunidad de los copagos no es nuevo. Ambos autores venimos escribiendo sobre el tema desde hace bastante tiempo<sup>1-7</sup>. La novedad es que, impulsado por la crisis económica, el debate ha trascendido los foros y revistas especializados y ha llegado a la sociedad. Pero mientras que en la sociedad la percepción generalizada es que el copago “acabará cayendo por su propio peso”, los políticos de uno y otro color siguen proclamando, como hace años, que nunca lo implantarán. Falta de olfato, exceso de miedo, o falso paternalismo preelectoral.

Los copagos responden a una tensión entre responsabilidad social (fiscalidad general) y responsabilidad individual (copagos). Es bien conocido que cuando algo está plenamente asegurado, los individuos tendemos a mostrar menos cuidado en conservarlo y cuidarlo. Además, como “ya hemos pagado” y nos cuesta cero en el momento de consumo, tendemos a sobreconsumirlo. Puesto que pagamos cero (aunque su coste, evidentemente, no es cero), lo utilizamos hasta que el beneficio que obtenemos también es cero. Por consiguiente, los seguros sanitarios, tanto públicos como privados, tienen un problema de eficiencia porque incentivan un uso excesivo de la atención sanitaria, entendiéndose por “excesivo” todo aquel consumo cuyo beneficio es inferior a su coste<sup>8</sup>. El consumo excesivo genera más gasto, lo cual conduce a un incremento de primas, en el caso de los seguros privados, y a la necesidad de más ingresos (impuestos, cotizaciones, tasas, etc.) en el caso de los sistemas públicos.

El objetivo de los copagos es, por lo tanto, triple: moderar el consumo de servicios sanitarios, corresponsabilizando a los ciudadanos; conseguir que los servicios que se dejan de consumir sean los de menos valor para no afectar a la salud; y, en ocasiones, servir de fuente adicional de financiación de la sanidad. Mal aplicados, sin embargo, tienen problemas. Si no se establecen límites o techos máximos, pueden constituir un “impuesto” sobre los más enfermos. Si no se vinculan al nivel de renta (pudiendo llegar a la exención), la carga del copago acaba siendo mucho mayor, en términos relativos, en el caso de los pobres que en el de los ricos. Si se establecen de manera uniforme, sin tener en cuenta la efectividad del servicio o tratamiento, dejan al paciente la difícil decisión de discriminar entre lo de más valor y lo de menos valor. Si afectan solo a un tipo de bienes o a un nivel asistencial, se corre el riesgo de que se produzcan desviaciones del consumo hacia aquellos bienes o niveles no afectados y el coste termine por ser mayor. Si no se protege a los pobres y los más enfermos, puede haber un efecto compensación y llegar a generar más gasto del que se ahorra debido al empeoramiento de la salud de los enfermos más graves<sup>9</sup>. Por eso, el debate sobre el copago no se debe plantear como una disyuntiva extrema entre el sí y el no.

## Nuestro copago farmacéutico

El sistema sanitario español de hecho requiere la participación en el coste del servicio en el caso de los medicamentos. El diseño básico no ha cambiado desde 1978: sólo se aplica a los trabajadores activos, que pagan un 40% del coste de la receta, con la excepción de ciertos medicamentos para el tratamiento de procesos crónicos para los cuales el copago es del 10%, con un límite de 2,64 euros. Durante este tiempo hemos tenido ocasión de comprobar que dicho diseño fomenta el sobreconsumo. El 70% de las recetas se concentran en un 20% de la población que está exenta de pago (los pensionistas y sus beneficiarios); el mismo segmento de edad en MUFACE (donde la contribución es del 30% tanto para pensionistas como funcionarios en activo) consume un 40% menos<sup>10</sup>. El cambio de estatus de no pensionista a pensionista supone un aumento significativo del número de recetas que de otra forma no se habría producido (riesgo moral): el consumo por individuo aumenta alrededor del 25% en el primer año de gratuidad. El impacto financiero para el sector público (gratuidad más riesgo moral) puede suponer un aumento del gasto de más del 100%<sup>11,12</sup>.

También es claramente inequitativo. Al ser independiente de la capacidad económica, un pensionista que cobre una pensión elevada o tenga un patrimonio millonario no paga nada, mientras que un parado o una familia *mileurista* y con niños pequeños, sí paga. En Cataluña, la mitad del copago se concentra en un grupo reducido de enfermos: lo soporta un 5% de usuarios, para los que puede suponer una carga elevada. Pero mientras que casi nadie cuestiona nuestro copago farmacéutico, a pesar de que requiere reforma urgente, hay un rechazo apriorístico a evaluar la conveniencia de introducir otros copagos en el sistema.

## Experiencia internacional

En nueve de los 15 países de la UE-15 existen copagos para todos los tipos de servicios: visitas médicas, hospitalizaciones, farmacia, atención dental y otros servicios, como urgencias, pruebas diagnósticas, transporte sanitario, prótesis, etc. De esos nueve países, siete tienen un sistema de salud que responde al modelo de Seguridad Social (modelo Bismark) y dos son países nórdicos (Finlandia y Suecia) con sistema nacional de salud tipo Beveridge. Los sistemas de seguridad social suelen tener un grado de cobertura mayor, estipulada y delimitada explícitamente, con gran nivel de elección y muchos copagos. En los sistemas nacionales de salud del norte de Europa la cobertura suele ser, asimismo, amplia, pero también se pagan más impuestos y hay bastantes copagos, aunque limitados en cuantía y normalmente vinculados al nivel de renta. En ningún país se equipara acceso universal con gratuidad absoluta en el momento de utilizar los servicios. En los sistemas sanitarios del sur de Europa hay menos copagos, pero hay más prestaciones no cubiertas por el sistema público, lo cual da lugar a más gasto privado, vía pagos directos o la compra de seguros privados suplementarios. Las prestaciones excluidas quedan así al albur del mercado privado y tras un velo de ignorancia (aunque sí se sabe, por ejemplo, que en España la utilización de dentistas exhibe un patrón más inequitativo que la utilización de otros médicos especialistas<sup>13</sup>).

La evidencia empírica acerca del impacto de los copagos procede sobre todo de EE.UU. y, en general, es bastante antigua (referida, principalmente, al *Health Insurance Experiment* llevado a cabo por la corporación Rand entre 1974 y 1982)<sup>14</sup>. En el caso de los países europeos, la evidencia es escasa y poco concluyente<sup>15</sup>. Lo que se puede afirmar es que la demanda sí es sensible al precio (aunque en bajo grado, especialmente en el caso de las hospitalizaciones) y, por tanto, el copago puede tener el efecto moderador esperado.

## **Copagos del 100%, tasas y precios públicos**

La exclusión de cobertura (prestación dental, gran parte de la salud mental, gafas, etc.) implica, en la práctica, un “copago” del 100%. Posiblemente, los ciudadanos preferiríamos su inclusión bajo el paraguas público aunque tuviésemos que pagar una tasa, precio público o copago. El sector público protege mejor frente a la asimetría de información entre usuario y proveedor y, además, la administración podría subvencionar el servicio fijando la cuantía de la contribución por debajo del coste del mismo. Las tasas afectan a servicios públicos que no son de solicitud o recepción voluntaria o que no son ofrecidos por el sector privado (por ejemplo, la tasa de recogida de basuras); sin embargo, los precios públicos se pagan por servicios de solicitud voluntaria que también presta el sector privado (la entrada en una piscina municipal).

La tasa tiene una obligatoriedad que no tiene el precio público. Por ello, se exige un mayor control y se obliga a que su imposición y regulación se haga por ley. El precio público no tiene este requisito y la administración es libre de modificarlo en la cuantía que considere oportuna. En sanidad sería, por ejemplo, apropiado hablar de tasas en el caso de contribución al pago de la comida en el hospital (de solicitud y recepción no voluntaria) y de precio público en el caso de que un hospital ofreciera un servicio opcional de psicoterapia intensiva y prolongada.

## **Recomendaciones**

En definitiva, recomendaríamos: 1) modificar el diseño del copago farmacéutico, eliminando la arbitraria distinción entre activos y pensionistas, e incluir los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria; 2) introducir un copago fijo en las visitas –y en las urgencias; 3) introducir tasas por servicios complementarios cubiertos y precios públicos por prestaciones actualmente no cubiertas; 4) modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad con copagos evitables siempre que sea posible; y 5) implementar mecanismos de protección de los más débiles económicamente y los más enfermos. Esto podría consistir en la fijación de un límite máximo de contribución al trimestre o al año en función de la renta familiar, con exención total de las rentas más bajas, ya sean procedentes del trabajo o la pensión, y tratamiento especial de los casos de enfermedad crónica o multipatología. El copago y otras formas de contribución no deben empobrecer, por lo que el límite debería suponer un porcentaje reducido de la renta familiar.

## **Referencias**

1. Rodríguez M. La eficacia del 'ticket moderador': entre el ahorro y la equidad", *Gaseta Sanitaria de Barcelona* 1986; 30: 232-236.
2. Puig-Junoy J. Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste, *Investigaciones Económicas* 1988; 12: 45-68.
3. Rodríguez M. Cuánto, a quién y qué modera el ticket moderador. *Revista ROL de Enfermería* 1989; 130: 15-19.
4. Rodríguez M. Ampliem el debat sobre els copagaments sanitaris. *Avui*, 3 octubre 2004;p. 49.
5. Puig-Junoy J. Mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y porqué, *Hacienda Pública Española* 2001; 158-3/2001: 105-134.
6. Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. *Informes FRC* núm. 1, Fundación Rafael Campalans, Barcelona 2007.

7. Puig-Junoy J. Llamada al copago farmacéutico. El Periódico, 8 septiembre 2010; p. 8.
8. González P, Pinto-Prades JL, Porteiro N. Teoría y Política del copago en sanidad. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía/Universidad Pablo de Olavide; 2010 (mimeo).
9. Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. American Economic Review 2010; 100(1): 193-213.
10. García CM. La prestación farmacéutica del mutualismo administrativo: balance y perspectivas. XXV Jornadas de economía de la salud, AES: Barcelona 2005: pp.140-150.
11. Puig-Junoy J, Casado D, García G. L'impacte distributiu dels finançament dels medicaments a Catalunya. Servei Català de la Salut: Barcelona 2007. [Accesible en:  
[http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/impacte\\_distributiu\\_finan\\_med.pdf](http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/impacte_distributiu_finan_med.pdf)]
12. Puig-Junoy J, Casado D, García G. L'exempció del copagament i llurs efectes sobre el consum de medicaments. Servei Català de la Salut: Barcelona 2008. [Accesible en:  
[http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/copagament\\_i\\_impacte\\_consum.pdf](http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/copagament_i_impacte_consum.pdf)]
13. Stoyanova A. Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2004. 186 p.
14. Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Harvard University Press. Boston: 1993.
15. Jemai N, Thomson S, Mossialos E. An overview of cost sharing for health services in the European Union. Euro Observer 2004; 6 (3):1-4.