

**GRADO: ECONOMÍA**

Curso 2015/2016

# **LOS COPAGOS SANITARIOS: UNA PROPUESTA.**



Autor: Marcos Ferro Mera

Director: Jaime Ginestal Gómez

Bilbao, a 5 de Octubre de 2016

## RESUMEN

Durante los últimos años, la implantación del copago sanitario ha sido un aspecto sujeto a numerosas controversias en relación a sus beneficios tanto sociales como económicos. Entre sus objetivos destacan ser una fuente adicional de financiación adicional para sostener el sistema sanitario, conseguir reducir el exceso consumo de los pacientes y reducir el gasto sanitario. Algunos de los efectos que se generan con la aplicación del copago son las mejoras de eficiencia y la reducción en la utilización de los servicios sanitario. No obstante a pesar de ser un mecanismo eficaz de recaudación podría tener efectos negativos en la población, sobre todo en aquellos individuos con menor capacidad adquisitiva poniendo en peligro su salud. Muchos de los países de la UE-15 han introducido los copagos sanitarios en los diversos servicios con diferentes metodologías. Por otro lado, los estudios realizados en diferentes países generan unos resultados poco favorables para su aplicación.

**Palabras clave:** copago sanitario, elasticidad de demanda, servicios sanitarios, eficiencia y equidad.

## ABSTRACT

In the las decades, the implementation of health co-payment has been an aspect subject to numerous controversies in relation to its real social and economic benefits. Some of the main objectives that co-payments include are, providing an additional source of funding to support the health system, reducing the excessive consumption of this services by the patients and decreasing the health spending of the government. Furthermore, co-payments generate diverse effects such as efficiency improvements and the reduction in the use of health system. However, despite being an effective income collecting mechanism, it could have negative effects on the population, especially in those with a lower purchasing power, so they could endanger their health. Many of the UE-15 have introduced health co-payments in various health services with different methodologies. Nevertheless, studies in some countries had evidenced that the results generated by the application of co-payments are barely favourable.

**Key words:** health co-payment, demand elasticity, health services, efficiency, equity.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>2. QUÉ ES EL COPAGO SANITARIO</b> .....	6
2.1 SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA .....	7
2.2 COPAGO SANITARIO EN ESPAÑA.....	11
2.3 COPAGOS EN LOS PAISES DE LA UE-15 .....	12
<b>3. OBJETIVOS DEL COPAGO SANITARIO</b> .....	22
<b>4. EFECTOS DEL COPAGO SANITARIO</b> .....	26
4.1 PÉRDIDA DE BIENESTAR ASOCIADA AL RIESGO MORAL Y EFICIENCIA .....	26
4.2 EL PAPEL DE LA DEMANDA .....	28
4.3 EQUIDAD .....	31
<b>5. EVIDENCIAS EMPÍRICAS</b> .....	35
<b>6. PROPUESTA Y DISEÑO DEL COPAGO EN EL SISTEMA SANITARIO</b> .....	41
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	46

## 1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la implantación de un mecanismo de copago en el sistema nacional de salud (SNS), ha generado un gran debate social. Son muchos los que están en contra de su establecimiento dado que los resultados obtenidos en diferentes evidencias empíricas no son del agrado de todas las personas, debido a que los individuos con una menor renta son quienes salen más perjudicadas.

Desde siempre hay una impresión de que hay que reducir los gastos superfluos, es decir, los gastos innecesarios en el sector sanitario, aunque desde el punto de vista de la salud, se genera la duda de: ¿es correcto reducir el gasto?, ¿hay un gasto excesivo en sanidad?

En el gráfico que viene a continuación se observa que tras la entrada de la crisis, a partir del año 2009, el gasto sanitario público empezó a disminuir progresivamente hasta el año 2014, en donde hubo un ligero incremento. Este descenso se produce a raíz de las políticas de recortes llevadas a cabo por el Estado, donde el periodo 2009-2013 fue donde se generaron mayores recortes que dieron como resultado cierres de hospitales y centros de salud, y aumentos en las listas de espera entre otros.

**Gráfico 1: EVOLUCIÓN GASTO SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL:**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos en Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

En comparación con los países de la UE-15, España se encuentra por debajo de la media europea en cuanto al porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB. España en el año 2015 se encontraba en torno al 5,8% del gasto sanitario sobre el PIB, mientras que países como Francia o Reino Unido estaban alrededor del 9% y 7,5% respectivamente. Esto hace pensar si realmente destinamos un gasto excesivo a la sanidad pública o por el contrario, no destinamos lo suficiente.

Ante los recortes sufridos y para poder mantener el sistema nacional de salud en una situación estable, se ha barajado la posibilidad de introducir los copagos. Este instrumento se ha venido barajando desde hace varios años, exactamente desde el conocido "Informe Abril" en 1991. En este informe, presidido por Fernando Abril Martorell, se evalúa el sistema sanitario español y se dan una serie de propuestas para mejorar el sistema, ya que a medida que avanzaban los años, se producía un aumento de la demanda social pero los recursos cada vez eran menores. Por ello, una de las propuestas destacadas era la participación del usuario en el coste de los servicios sanitarios.

## 2. QUÉ ES EL COPAGO SANITARIO

El término copago se entiende como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios a la hora de su consumo. Con este mecanismo, los individuos deben hacerse cargo de una parte de sus gastos médicos. Existen varios tipos de copago sanitario: los que se aplican a los servicios de urgencias; a las hospitalizaciones, a la atención primaria, medicamentos, etc. Como veremos más adelante varios de los tipos de copago mencionados están implantados en países europeos.

Dentro del régimen de copagos, existen varios sistemas de costes compartidos por el usuario en cuanto a sanidad se refiere:

-Las cantidades deducibles o franquicias, las cuales establecen un nivel de gasto inicial del paciente a partir del cual empieza a intervenir la cobertura aseguradora, es decir, cuando el paciente supera el límite de gasto impuesto por la aseguradora, ésta es quien se hace cargo de los gastos sanitarios. Esto puede provocar un consumo mayor en las personas aseguradas, dado que al tener a alguien que haga frente a los gastos, los asegurados pueden hacer un mayor uso de los servicios sanitarios, pero se podrían frenar para acudir a consultas por motivos menores.

-Los co-seguros, supone pagar un porcentaje del coste de los servicios utilizados, según más servicios se consuman, más caros se volverán estos, así la carga financiera que debe hacer frente el paciente se vuelve mayor. El efecto de un co-seguro es incentivar a las personas a reducir el número de servicios o de recetas que van a consumir. En este caso, las personas, por el hecho de tener que pagar más a medida que aumenta su consumo, pueden dejar de consumir servicios o medicamentos necesarios para su salud.

-Los sistemas de reembolso o de reintegro de los gastos, en donde el paciente adelanta los pagos por los servicios utilizados y después solicita su devolución. Un ejemplo de ello es cuando el paciente acude al médico y desembolsa el 100% del coste, y después reclama a la Seguridad Social el porcentaje correspondiente al servicio adquirido. Este sistema puede suponer una carga financiera añadida al paciente ya que independientemente de solicitar parte de lo previamente desembolsado, en el momento puede perjudicar a su situación económica aunque después te lo devuelvan.

-Los copagos también pueden ser selectivos, es decir, pueden ser de baja intensidad o evitables. Los copagos de baja intensidad son aquellos en los que se incurre un porcentaje muy pequeño a pagar por el paciente, siendo muchas veces una tasa

simbólica a la que tienes que hacer frente. En cuanto a los evitables, son copagos en los cuales el paciente puede escoger entre hacer frente a la tasa impuesta u optar por una alternativa equivalente que no conlleva ningún tipo de coste. Un ejemplo de ello es optar por acudir a un generalista, el cual no incluye el pago de ninguna tasa o acudir a un médico especialista en donde se tiene que hacer frente a un pago.

-Los copagos también tienen ciertos límites o toques para los pacientes, es una manera de prevenir que los pacientes no asuman un elevado riesgo financiero, sobre todo en el caso de los enfermos crónicos, debido a que su consumo es mayor que en el resto de pacientes.

Además de los ya mencionados, existen exenciones en el sistema de copago, y éstas pueden ser de muchos tipos, ya sea por grupos de edad, en donde destacan los niños y ancianos; las embarazadas; personas discapacitadas e incluso personas con enfermedades crónicas graves, lo cual no quiere decir que todas las personas con patologías crónicas estén exentas de pagar cualquier tasa de copago, este mecanismo va en función del país y del tipo de enfermedad crónica.

Hay una tipología muy variada acerca de las diferentes aplicaciones del copago en los diferentes servicios sanitarios. Más adelante, se analizan los diferentes copagos en diferentes países de Europa.

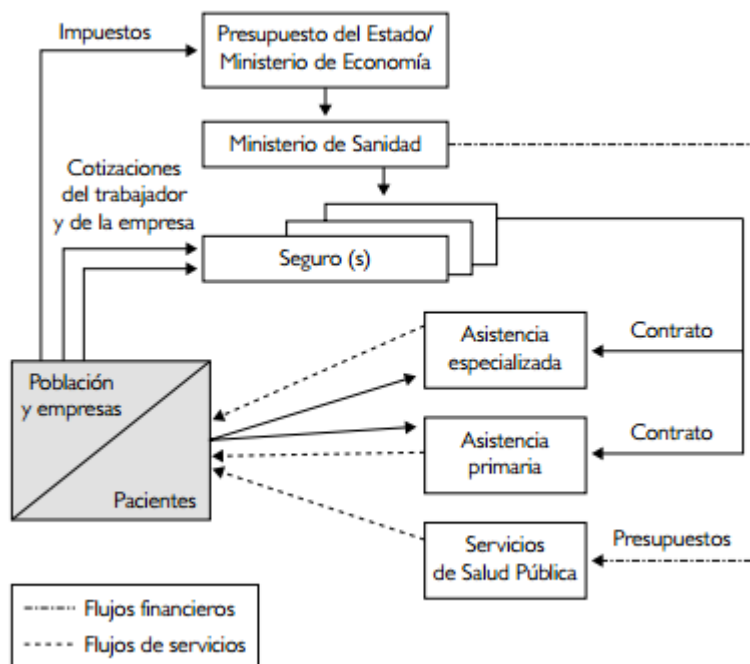
## 2.1 SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA

En el continente europeo existen dos tipos de sistemas sanitarios públicos: modelo Bismarck o de Seguridad Social y modelo Beveridge o también conocido como Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Modelo Bismarck o también denominado modelo de Seguridad Social, se puso en funcionamiento en el año 1883 en Alemania y actualmente también lo aplican países como Francia, Holanda y Austria entre otros. Se basa en la prestación de los servicios sanitarios a través de seguros sociales, es decir, únicamente recibirán asistencia sanitaria aquellas personas que pagan un seguro mediante unas cuotas obligatorias. Inicialmente concebido como un sistema exclusivo para los trabajadores por cuenta ajena de renta baja y media, en la actualidad ha evolucionado y abarca a la mayoría de la población. El modelo consiste en un sistema obligatorio para la mayoría o el total de la población, el cual proporciona un seguro de salud contratado con un comprador o aseguradora designada por el Estado. El asegurado está obligado a pagar una contribución directamente deducida de su salario, en cambio, el empleador o empresa también está obligado a hacer una contribución por cada trabajador. Estas

aportaciones se gestionan aparte de los impuestos y van a parar a una caja aparte en las cuentas del Estado, la caja de seguro social. Las aportaciones individuales están generalmente relacionadas con el nivel de renta y son independientes del riesgo y del coste de las prestaciones sanitarias a las que acceden los asegurados, a diferencia de lo que sucedería en un esquema de seguro privado, en el que la cuantía de la póliza es directamente proporcional al riesgo de enfermar del asegurado. De esta manera, al aplicar un criterio de renta para determinar las contribuciones, hace que los sujetos con más renta subvencionen a los que disponen de menores recursos. La organización más habitual de este modelo, consiste en que las aportaciones son administradas por uno o más organismos públicos independientes, que actúan como compradores de asistencia sanitaria, ya sea cubriendo a todos los ciudadanos o cada uno a grupos específicos de población, en base a diferentes criterios como puede ser la ocupación profesional de cada individuo. El sistema de recaudación de las contribuciones puede estar en algunos casos organizado a través de instituciones gubernamentales. En este tipo de modelo, los hospitales tienen un presupuesto global con el que se tienen que organizar y los profesionales sanitarios son retribuidos en función de sus actuaciones médicas. El Estado es quien se encarga de gestionar toda la red sanitaria. En países donde está implantado este modelo, los sectores más desfavorecidos son financiados mediante los impuestos generales, así como el sistema de vacunación y el sistema de salud maternal para la población. En el gráfico 2 se muestra el modelo de financiación del modelo de Seguridad Social. (Artundo, 2005)

**Gráfico 2.** Financiación del modelo Seguridad Social.



Fuente: "La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿un espacio para el sistema europeo de salud?" Artundo Purroy, Carlos (2005)





En la siguiente tabla nº1 se pueden apreciar las principales diferencias entre ambos modelos sanitario.

**TABLA 1. Comparación entre el modelo Bismarck o Seguridad Social y modelo Beveridge**

<b>MODELO BISMARCK o SEG. SOCIAL</b>	<b>MODELO BEVERIDGE o SNS</b>
<p>Contratos entre los sistemas de Seguridad Social y los proveedores sanitarios, públicos (hospitales públicos de Francia) o privados.</p> <p>El personal sanitario del país pertenece a una gran variedad de entidades diferente.</p>	<p>Sistemas integrados: con carácter general los servicios son de patrimonio y gestión del financiador (gobiernos)</p> <p>El personal sanitario es empleado público (excepciones en atención primaria)</p>
<p>El sistema no favorece la planificación organizativa ni la coordinación entre niveles asistenciales.</p>	<p>Organización basada en la planificación poblacional y territorial de los servicios sanitarios.</p> <p>Coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales.</p>
<p>No existe formalmente Atención Primaria (aunque las reformas practicadas en Alemania y Francia favorecen el modelo de médico general de familia)</p>	<p>La atención está basada en la medicina de Atención Primaria (médico general de familia, responsable de una lista de población y puerta de entrada a los especialistas)</p>
<p>En la medicina no-hospitalaria trabajan tanto generalistas como especialistas, profesionales autónomos, que cobran por acto médico (en algunos casos también los médicos de los hospitales)</p>	<p>Los médicos generales de familia pueden ser empleados públicos (España, Finlandia) o también profesionales autónomos (Reino Unido, Italia) pero no cobran por acto médico (capitalización)</p>
<p>Las características del sistema y de los proveedores determinan una gran libertad de elección para los pacientes, los cuales pueden asignar el tipo de médico.</p>	<p>Los pacientes deben acudir a su médico general y sucede el caso, éste les remite al especialista correspondiente.</p>
<p>Las listas de espera prácticamente inexistentes.</p>	<p>Largas listas de espera.</p>
<p>Alto nivel de satisfacción de la población con el sistema sanitario.</p>	<p>El grado de satisfacción varía entre los países. Una gran satisfacción en los países nórdicos, un grado intermedio de satisfacción en España y Reino Unido, y muy baja en países como Italia y Portugal.</p>
<p>Gasto sanitario mayor.</p>	<p>Gasto sanitario menor.</p>

Fuente: "El sistema nacional de salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones" Manuel Freire, José (2012)

## 2.2 COPAGO SANITARIO EN ESPAÑA

España se rige por el Sistema Nacional de Salud (SNS) o Modelo Beveridge. El copago, lleva instaurado desde el año 1978, concretamente el copago sobre los medicamentos. Se aplica una tasa del 40% del coste del medicamento a aquellas personas que están activo, a excepción de las personas con enfermedades crónicas, las cuales tiene que enfrentarse a un copago más bajo, concretamente un 10%, siendo el límite de 2,64€ por receta. A excepción de los funcionarios de MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado) que pagan una tasa del 30%.

El 70% de las recetas agrupa a un 20% de la población que no tienen que pagar la tasa de copago ya que están exentos, siendo estos los grupos de pensionistas (Puig-Junoy 2012).

Tal y como señalan López-Valcárcel et al (2016), en el Real Decreto Ley 83/1993 del 22 de enero, se detalla una lista con los medicamentos financiados por el Estado, excluyendo los cosméticos, elixires bucodentales, jabones medicinales y suplementos alimenticios.

No fue hasta julio de 2012 donde hubo una reforma del sistema de copago sanitario en el Real Decreto-ley 16/2012 artículo 94 bis. A partir de esta modificación los pensionistas pasan de estar exentos y de poder gastar o consumir sin ningún tipo de límite a pagar un copago en los medicamentos. Este copago equivale al 10% del medicamento, basado en función de la renta mensual del paciente. Tras esta reforma la aportación del usuario es la siguiente:

- El 60% del P.V.P. para los usuarios y sus beneficiarios con una renta igual o superior a 100.000€ al año.
- El 50% del P.V.P. para usuarios y sus beneficiarios con una renta igual o mayor a 18.000€ anuales e inferior a 100.000€ anuales.
- Un 40% del P.V.P. para los usuarios y beneficiarios con una renta menor a 18.000€ al año.
- Un 10% del P.V.P. para aquellos usuarios que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, a excepción de los usuarios incluidos en el primer punto.

Con la reforma, existen límites de aportación mensuales para los medicamentos que pertenecen al grupo ATC de aportación reducida, el 10% del P.V.P.; los pensionistas que tengan una renta inferior a 18.000€ el límite es de 8€ al mes; para los pensionistas con una renta entre 18.000 y 100.000 € es de 18 € al mes y de 60€ al mes para los que tienen una renta mayor a 100.000€. Además, España es el único país junto con Irlanda donde se establece un límite de pago mensual que diferencia según el nivel de renta y la situación familiar.

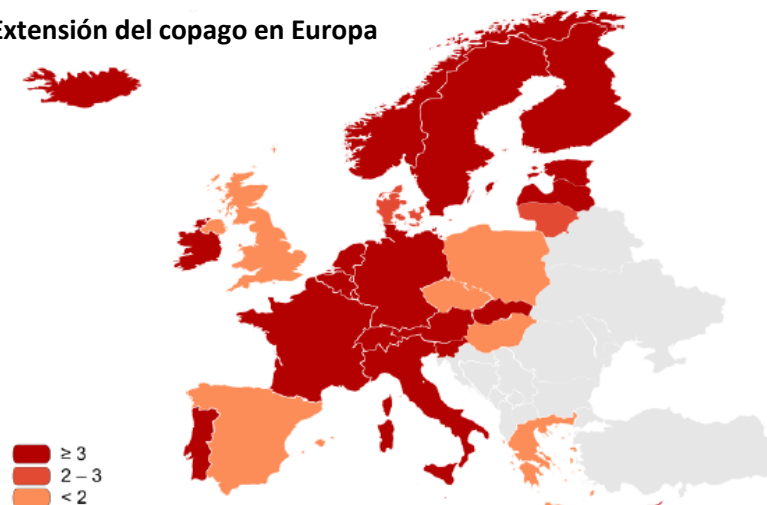
También, con la implantación de la nueva reforma, los grupos de personas receptoras de rentas de integración social, personas receptoras de pensiones no contributivas, parados sin derecho a recibir el subsidio por desempleo, personas afectadas por síndrome tóxico y ciertas personas con discapacidad, están exentas de copago, lo que puede denotarse dentro del contexto en el que estamos, como un instrumento de justicia social para estos grupos de personas.

En cuanto a los enfermos crónicos, el porcentaje de copago no ha variado, sigue siendo del 10% del P.V.P. pero pasando del 2,64€/por receta a un 4,26€/por receta. A diferencia del resto de países de Europa, en España, solo está establecido el copago en los medicamentos, siendo las urgencias, hospitalizaciones y atención primaria gratuitas.

### 2.3 COPAGOS EN LOS PAISES DE LA UE-15

Desde hace varios años los copagos en los países europeos han ido aumentando progresivamente, siendo útiles para unos y no tanto para otros (Martín, 2014). A continuación se detalla los diferentes sistemas de copago instaurados en los países de la UE-15. En el gráfico 4 se puede ver la extensión de los copagos en Europa.

**Gráfico 4. Extensión del copago en Europa**



Fuente: "Los sistemas de copago en Europa, Estado Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español" IESE Business School-Universidad de Navarra (2011).

Una vez presentados los modelos de Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud, a continuación se detallan en la siguiente tabla 2 las diferentes aplicaciones del copago sanitario en los distintos países de la UE-15. Los datos para la realización de la tabla 2 han sido extraídos de los documentos de trabajo y artículos de Mas *et al.* (2011), Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2013) y Martín (2014).

**TABLA 2:** Copagos sanitarios en los diferentes servicios sanitarios en países de Europa

PAÍS	MODELO SANITARIO	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	MEDICAMENTOS	HOSPITALIZACIONES	LISTAS DE ESPERA	EXENTOS DE COPAGO
<b>ALEMANIA</b>	Modelo Seguridad Social	Desde 2013 no existe copago	Desde 2013 no existe copago	-10% del coste total -Enfermos crónicos el porcentaje varía en función del tamaño del envase	10€ por día hospitalizado	Prácticamente inexistentes	En medicamentos: menores, embarazadas y víctimas de guerra
<b>AUSTRIA</b>	Modelo Seguridad Social	10€ por visita	10€ por visita	5 € por receta	Entre 8-17 €/día, aunque varía en función de cada Estado.	Prácticamente inexistentes	Enfermos crónicos, niños, pensionistas y personas con bajos ingresos
<b>BÉLGICA</b>	Modelo Seguridad Social	El paciente se hace cargo de un porcentaje entre el 8-30% del coste	Se abona el total del importe, después se reembolsa cerca del 80% del coste total.	Varía en función de las diferentes categorías: (A, B, C, Cs, Cx)	27,7 €/ día hospitalizado.	No existen	Excluidos del copago los implantes bucodentales en adultos
<b>DINAMARCA</b>	Modelo Beveridge o Sistema Nacional de Salud.	No existen	No existen -Posibilidad mayores de 16 años de acudir a otros especialistas pagando parte de la consulta.	Varía entre el 50-100% del coste total del medicamento	No existen	Si existen	Grupos vulnerables y de rentas bajas.

<b>FINLANDIA</b>	Sistema Nacional de Salud o Mod. Beveridge	13,70€/ visita	22€/ visita	Paciente paga el total , aunque existe sistema de reembolso de 2 tipos: Básico y Especial	26€/día hospitalizado	Largas listas de espera	Grupos más desfavorecidos y con rentas bajas.
<b>FRANCIA</b>	Modelo Bismarck o Sistema de Seguridad Social	1€ por visita	1€ por visita	0,5€ por receta hasta un máximo de 50€/año	14€/día hasta un máximo de 31 días	Listas de espera cortas	Enfermos crónicos y pacientes con bajos recursos
<b>GRECIA</b>	Modelo Bismarck	No existen, aunque si el paciente desea una segunda exploración debe pagar 50€ por consulta	No existen	No existen para medicamentos de maternidad, accidentes laborales y enfermedades crónicas.	No existen	Existen listas de espera	Grupos de personas con bajos ingresos
<b>IRLANDA</b>	Modelo Beveridge o SNS	Gratuita	No existen	Existe límite de pago mensual de 120€	100€ por día con un límite máximo de 1000 €	Existencia de listas de espera	Grupos más desfavorecidos y con rentas bajas.
<b>ITALIA</b>	Sistema Nacional de Salud o Modelo Beveridge	10€ por visita	Entre 10-15€ por visita	Tasa de 3€ por medicamento aunque existen 3 tipos de medicamentos diferentes: A, B, C	El servicio de urgencia es gratuita, excepto cuando el médico considera que el problema no requiere de la atención de urgencias se cobra 25€	Existencia de listas de espera	Personas mayores de 65 años, enfermos crónicos y personas con ingresos familiares menores de 36.152€, así como personas discapacitadas

<b>LUXEMBURGO</b>	Modelo de Seguridad Social	Copago pactado por la Seguridad Social	Copago pactado por los sindicatos. Posteriormente se reembolsa entre el 80-100%	En función de la efectividad: 0, 20, 60 o 100%	Copago pactado por los sindicatos. Posteriormente se reembolsa entre el 80-100%	Existencia de listas de espera	Personas con pocos recursos económicos.
<b>PAÍSES BAJOS</b>	Modelo de Seguridad Social	No existe copago	Cuota fija obligatoria con un límite hasta 155€ para todas las personas mayores de 18 años.	Existen dos listas de medicamentos donde en una se reembolsa el 100% del coste y en la otra no se obtiene reembolso.	No existe previo pago de una franquicia general de 350€	Existencia de listas de espera	Grupos de personas con bajos ingresos
<b>PORTUGAL</b>	Sistema Nacional de Salud (SNS)	5€ por visita	10€ por visita	En función del valor terapéutico del medicamento	No hay copago en hospitalización pero sí en urgencias entre una tasa de 20 hasta 50€	Existencia de listas de espera	Niños menores de 12 años, desempleados, embarazadas y enfermos crónicos. Personas mayores de 65 años tienen un 50% de descuento en las tasas de copago
<b>REINO UNIDO</b>	Sistema Nacional de Salud (SNS)	No existe copago	No existe copago	Medicamentos más comunes no tienen copago, en cambio en los menos comunes sí existe. En medicamentos	No existe copago	Existencia de listas de espera	Niños, embarazadas y enfermos crónicos.



				extra-hospitalarios de paga una tasa fija de 6,85€			
<b>SUECIA</b>	Sistema Nacional de Salud (SNS) o Modelo Beveridge	Tasa de entre 15-20 € por consulta	Tasa de entre 15-20 € por consulta	Los pacientes abonan el coste total hasta un límite máximo de 101,48€, a partir de ahí existe un sistema proporcional de pago con un límite anual de 202,96€	7€/ día hospitalizado	Cortas listas de espera	Los únicos exentos de copago son los niños y las personas con bajos ingresos

Fuente: Elaboración propia.

## **COPAGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

En este tipo de servicios las variaciones existentes entre los diversos países de la Unión Europea, desde aquellos en los que la tasa de copago es muy baja, entre ellos Francia o Portugal, así como Austria, Italia o Finlandia donde estos importes se encuentran entre los 13 y 15 euros. E incluso puede suponer hasta 20€, como es el caso de Suecia. Asimismo en países como Bélgica y Luxemburgo la tasa de copago se establece en función de un porcentaje fijo del coste total de la visita médica.

Igualmente, hay países en los que la atención primaria no requiere del pago de la tasa, como pueden ser: Reino Unido, España, Países Bajos, Dinamarca, Alemania y Grecia. En este último caso, si bien no existe copago en este tipo de servicio sanitario, si lo hay cuando el paciente por iniciativa propia desea acudir a otro médico para un segundo diagnóstico, con el pago de 50€ por dicha consulta.

En cuanto a Alemania, destacar que estos fueron eliminados en 2013 a consecuencia de su ineficacia en la reducción de visitas al médico, razón por la que en un principio había sido impuesto. Señalar, que en Bélgica, Finlandia y Suecia, para aquellas visitas de atención primaria a domicilio se ha introducido una tasa adicional.

## **COPAGOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

En cuanto a los servicios de atención especializada, muchos de los países europeos han continuado bajo la misma política anterior en relación a la determinación de la cuantía del copago o en cuanto a su exención. Estos países son: Reino Unido, Irlanda, España, Grecia y Alemania. En el caso de Alemania ocurre igual que con el servicio anterior, ya que desde 2013 este servicio ha pasado a estar exento de copago.

Por un lado, los países que no han variado su tasa de copago en relación a la atención primaria son: Austria, Francia y Suecia. Por otro lado, los países que han visto incrementada la tasa son: Italia, Portugal y Finlandia, siendo Portugal el único país que ha aumentado el copago en el doble respecto a la atención primaria.

El caso de los Países Bajos es importante, debido a que existe una tasa de copago fija obligatoria para todas las personas mayores de 18 años de 155€ anuales. A diferencia de los demás países estudiados hasta ahora, se financia fundamentalmente mediante las contribuciones obligatorias basadas en los ingresos y a través de primas a las aseguradoras. El importe medio anual a pagar a las aseguradoras se encuentra en torno a 1.100€, no obstante es el gobierno quien se hace cargo de pagar estas primas a los menores de edad y a aquellos adultos con primas que exceden el 5% de sus

ingresos anuales. Los servicios cubiertos por la misma incluyen el ingreso hospitalario, atención farmacéutica, transporte sanitario y fisioterapia para enfermos crónicos, así como atención de salud mental durante el primer año.

En países como Dinamarca y Suecia, en las visitas al especialista donde el paciente haya acudido sin previo consentimiento del médico de atención primaria, tendrá un copago mayor que en el caso de ser enviado o tener el consentimiento previo del médico de atención primaria.

En cuanto al transporte sanitario, varios países tienen introducida una tasa de copago como Francia, Finlandia o los Países Bajos, donde el transporte entra dentro de los servicios que ofrecen las aseguradoras previo pago.

## **COPAGOS EN MEDICAMENTOS**

La participación por parte del usuario en el coste de los medicamentos es uno de los sistemas de copagos más comunes en los países europeos, tal y como se mostrará a continuación.

En el caso alemán, los pacientes deben abonar el 10% del precio del medicamento, con un mínimo de 5€ y un máximo de 10€. En cuanto Austria, su precio se sitúa en los 5€ por receta sin ningún límite o tope máximo, mientras que en Francia el precio por receta es de 0,5€ hasta un máximo de 50 €/año.

Bélgica, divide por categorías los diferentes porcentajes de copago en los medicamentos:

-Categoría A: Los medicamentos considerados vitales exentos de copago.

-Categoría B: En los medicamentos utilizados para enfermedades sin riesgo mortal, los pacientes tienen que desembolsar un 25% del coste del medicamento. Los pensionistas tienen que costear sólo un 15%.

-Categoría C: Los tratamientos considerados como leves tienen un copago del 50%.

-Categoría Cs: Copago del 60% del coste total de los medicamentos de composición simple.

-Categoría Cx: Los anticonceptivos tienen un copago del 80% del precio de venta.

Si se tiene en cuenta a Dinamarca, este copago varía entre el 50 y 100% del coste total. No obstante, los pacientes en Finlandia pagan el total del coste del medicamento, y después, el SNS reembolsa parte de la cantidad abonada por el paciente. Este sistema de reembolso es de dos tipos. En primer lugar, los medicamentos básicos con un reembolso del 50%. En segundo lugar aquellos bajo un régimen especial, los cuales son reembolsados para los enfermos crónicos entre el 75 y 100% de la diferencia que supere el fijo establecido.

Otro de los países con diferentes tipos de copago en función del medicamento es Italia, establecidos en tres categorías, aunque con un importe fijo de 3€.

Tipos de medicamentos:

- Medicamentos tipo A: Medicamentos esenciales, destinados a enfermedades crónicas con un reembolso del 100%.
- Medicamentos tipo B: Medicamentos de interés terapéutico con una financiación del 50% del coste total.
- Medicamento tipo C: Incluye el resto de medicamentos, donde no existe ningún tipo de financiación.

Asimismo, Irlanda tiene un límite de pago mensual de 120€ y Luxemburgo aplica un copago en base a la efectividad del medicamento el cual puede variar entre un 0 y 100% del coste del mismo. Por su parte, Holanda, tiene dos listas de medicamentos, la primera donde es reembolsado el total del importe al paciente y una segunda con la cual no se obtiene ningún tipo de reembolso. En cambio Portugal, aplica el copago en función del valor terapéutico del medicamento. De la misma forma, en Suecia, los usuarios abonan el coste total hasta la cantidad de 101,48€, y a partir de esa cantidad existe un sistema de pago proporcional donde el límite es de 202,96€. Finalmente, Reino Unido únicamente tiene copagos en los medicamentos que son menos comunes.

## **COPAGOS EN HOSPITALIZACIONES**

Así como los copagos en los medicamentos están introducidos en la mayoría de los países Europeos, la co-participación del usuario en las hospitalizaciones no está tan extendida.

Países como Dinamarca, España, Grecia, Reino Unido, Países Bajos y Portugal no tienen implantado este tipo de copago. Existen casos específicos como es el de los Países Bajos, donde el copago no está instaurado aunque previamente se ha de hacer un pago de 350€, con lo que la población no tiene que desembolsar una cantidad de copago por día hospitalizado. Por otro lado, Portugal, no posee copago en las

hospitalizaciones pero sí en las urgencias, el cual es uno de los servicios sanitarios donde se ha incrementado en mayor medida el copago en este país, entorno a los 20€ en urgencias pudiendo alcanzar hasta los 50€ en función de los análisis médicos que sean necesarios realizar al paciente.

Los países que si han optado por introducir el copago en los hospitales son: Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo y Suecia; con los importes que se aprecian la tabla 2.

## **LISTAS DE ESPERA**

Uno de los mayores inconvenientes a resolver por parte de los diferentes países son las listas de espera en los sistemas sanitarios públicos. Pocos son los países donde la población no tiene que soportar o esperar las largas listas de espera para poder someterse a una cirugía o visitar un médico especialista. Los países en donde estas son inexistentes o de corta duración son: Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Suecia. Por el contrario, los países con mayores listas de espera y en algunos casos de muy larga duración son: España, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Reino Unido.

### 3. OBJETIVOS DEL COPAGO SANITARIO

El copago sanitario es objeto de muchas críticas por parte de numerosos académicos reconocidos en este ámbito, aunque también existen diferentes profesionales a favor de su introducción en los servicios sanitarios. Los objetivos que pretenden conseguir los poderes públicos con la introducción del copago sanitario son principalmente los siguientes: recortar el presupuesto público, maximizar la eficiencia en el uso de los servicios públicos y racionalizar el gasto sanitario, así como obtener una finalidad recaudatoria. Además de esto, puede ser una herramienta para establecer las preferencias individuales de los consumidores de los servicios sanitarios.

En el actual contexto de crisis económica, se han sucedido una serie de subidas de los impuestos y de recortes de gastos por parte del gobierno, donde el sector sanitario ha salido perjudicado. Aun así, existen partidos políticos a favor de la aplicación de un copago sanitario con el fin de paliar el gasto sanitario del país. Uno de los objetivos primordiales que se pretende conseguir con el copago sanitario es financiar parte del gasto en sanidad. Convertirlo en una fuente de financiación adicional que logre sustentar el sistema sanitario del país, tal y como está implantado en otros países europeos. En dichos países se ha establecido el copago sanitario como un mecanismo de financiación de los servicios públicos sanitarios, los cuales son una parte fundamental del estado de bienestar, como es la sanidad. La principal defensa que se hace del copago es la racionalización o la moderación en el uso de dichos servicios, y la obtención de ingresos para hacer frente a los altos costes que provoca la utilización de determinados servicios sanitarios.

Con este mecanismo o fórmula co-participativa en la financiación de servicios, aparte de mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos del sector público, se puede llegar a reducir la presión fiscal que tienen que hacer frente los contribuyentes. Es decir, no habría que establecer más impuestos a los ciudadanos con el fin de sufragar los gastos de los servicios sanitarios públicos, sino que serán los beneficiarios directos de los servicios quienes asuman el coste de una parte del mismo. De esta manera, es imprescindible identificar los servicios a los que sería aplicable el copago y como debe configurarse para que no entre en conflicto con los derechos fundamentales de la sociedad. Es indudable que la finalidad recaudatoria es una de las razones principales de la implantación del copago, ya sea por las consecuencias sufridas por la crisis económica, o por los escasos recursos económicos por parte del Estado para mantener y financiar los costes que conllevan el mantenimiento y la creación de los servicios públicos.

Un diseño incorrecto de los copagos puede generar inconvenientes de gran trascendencia social. Martín García (2014), considera que la medida del copago es injusta, ya que pagar por la salud puede acarrear serios problemas sociales, entre ellos, el descenso de los niveles de ingresos o el empeoramiento del nivel de vida, debido a que no pueden permitirse pagar los servicios sanitarios o bien porque no están por la labor de pagar por su salud. Por su parte, Rodríguez y Puig-Junoy (2012) explican que, los copagos mal aplicados, pueden llegar a ocasionar complicaciones si no se ponen ciertos límites a la hora de hacer frente al pago que supone la tasa a pagar para muchas personas, las cuales pueden llegar verlo como un impuesto más. Como es lógico, esto podría jugar en contra de los individuos de menores recursos, dado que la carga que tienen que soportar, es mucho más alta que la de las clases más ricas. Por ello, el copago supone una gran desventaja y una barrera en el acceso si no se tienen en cuenta las dificultades a las que tiene que hacer frente la población. Esto, puede dar pie a problemas de equidad en el acceso al sistema sanitario. Oliva, Peiró y Puig-Junoy (2013), también creen que no es conveniente aplicar un copago en los servicios sanitarios, aunque en el caso de que se introduzcan, arguyen que una de las mejores formas de hacerlo sería basándose en un copago evitable, basado en criterios de efectividad, en vez de un copago obligatorio. En este último caso, el caso del copago obligatorio, es deseable que sea de un importe reducido para todos, o un copago que tenga una cantidad máxima de aportación. Asimismo, en los casos de enfermedades crónicas o de larga curación, que el copago sea nulo, y en el caso de existir que tenga un importe muy reducido.

En cuanto a recortar el presupuesto público sanitario, Sosa (2011), en su trabajo recalca que el mecanismo de copago no es una medida final que ayude a lograr los propósitos o las expectativas generadas por el mismo, pero sí que puede ser de utilidad para contener el gasto sanitario. En cuanto a Sánchez Bayle (2011), señala que en España hay un claro uso inapropiado de los recursos sanitarios ya que existe un exceso de consumo tanto en los servicios de atención primaria como en urgencias y consultas. Según su artículo, a veces los propios médicos ayudan a que se de este sobreconsumo, mediante consultas que pueden llegar a ser evitables, como por ejemplo, los seguimientos por bajas laborales o las recogidas de recetas en los casos de enfermedades crónicas o de larga duración. Además, España se encuentra por encima de la media europea en el número de asistencias a las consultas médicas, lo que probablemente en algunos casos podrían ser asistencias evitables. Existen una serie de autores reconocidos que se posicionan a favor de reducir el consumo y con ello racionalizar el gasto. Este es el caso de López-Valcárcel (2016), aunque señala que este objetivo no corresponde al Sistema Nacional de Salud, sino que debería pertenecer al sistema fiscal del país. A esto añade, que el gran reto es disminuir la utilización, siempre y cuando no se perjudique la salud de la población ya que si no, la

aplicación de los copagos no sería la adecuada. Asimismo, recalca que lo que el Estado tiene que lograr es incentivar a los ciudadanos para que realicen una utilización y consumo acorde a sus necesidades y así impedir que se apliquen medidas como es la del copago sanitario. Por consiguiente, esto ayudaría a evitar el colapso del sistema sanitario, así como a la reducción de las listas de espera, una de las mayores quejas por parte de la población. Asimismo, cabe resaltar que el objetivo por conseguir un consumo más racional no puede recaer sólo en la introducción del copago, sino también en cambios en los incentivos a los proveedores de servicios, como a los farmacéuticos, como afirma Puig-Junoy (2007), quienes son los que crean la demanda sanitaria y quienes deben actuar como agentes del bienestar del paciente. Uno de los ejemplos de copago como instrumento para moderar el consumo en determinados bienes y servicios, es establecerlo en los servicios de urgencias, servicio donde se produce un mayor colapso debido a la excesiva utilidad que realizan algunos usuarios del mismo. Con el mecanismo de copago se quiere evitar este exceso de consumo y conseguir liberar los servicios más masificados, disminuyendo el uso innecesario así como el gasto excesivo.

Existen autores como Garicano (2009), que defienden la introducción del copago, no solamente por su carácter recaudatorio, sino también para mejorar el uso y la calidad de la atención primaria haciendo un mejor uso de la misma, así como para lograr una mayor eficiencia del servicio de urgencias, obviando la entrada al servicio de aquellos que no lo necesiten. A pesar de todo, esto último es difícil de lograr debido a que no existe ningún mecanismo que diferencie entre los que necesitan o no dicho servicio. En resumen, el objetivo que siempre debe perseguir el copago es el de mejorar las condiciones de acceso a los servicios garantizando la viabilidad financiera del sistema sanitario. Los copagos tienen que ser más reducidos para aquellos servicios en los que la atención pública es más efectiva y de mejor calidad.

Por último, otro de los objetivos a lograr mediante la utilización del copago es tener información acerca de las preferencias de los consumidores para mejorar la eficiencia en el diseño del sistema. En el momento en que se parte de la gratuidad de los servicios para los usuarios, la tendencia va a ser hacia un consumo excesivo de éstos dado que no tienen ningún coste para ellos. Se puede decir, que cuando el precio es cero se produce un exceso de consumo. En cambio, ante el sistema de copago, los consumidores van a mostrar sus preferencias individuales entre los diferentes servicios, los cuales aun siendo necesarios van a tener que pagar un precio por su utilización. Con esto, la introducción del copago sanitario puede generar una caída en la demanda de ciertos servicios. La desventaja de generar una reducción en la demanda puede estar ligado a reducciones en servicios de primera necesidad, los cuales precisamente no son los que tiene que ver su demanda reducida dada la importancia de estos en la salud de los ciudadanos.



En definitiva, el copago como medida de financiación puede llegar a ser un mecanismo que ayude a mantener la estabilidad de la sanidad pública a lo largo del tiempo. No obstante, diversos autores señalan que la recaudación puede que sea mínima, por lo que si se pretende que se genere una financiación suficiente para salvaguardar la sanidad pública, hay que analizar de una manera exhaustiva el porcentaje de copago a implantar. Todo ello, sin crear problemas de acceso a la población. En el caso de lograr la financiación suficiente, se lograría una reducción en el gasto sanitario por parte del Estado, el cual es otro de los objetivos del copago.

El establecimiento del copago en las diferentes prestaciones sanitarias es una buena medida para realizar un consumo más moderado y racional de éstas, mediante un consumo responsable por parte de la población. Al introducirse una tasa por el consumo o utilización los individuos van a consumir los servicios necesarios para ellos, dejando de lado los servicios menos necesarios. Por lo tanto, la reducción que se genera es la de los servicios menos necesarios y menos valorados por los pacientes. Con esto, es cierto que el consumo inapropiado se reduce, pero existe la posibilidad de que muchos de esos servicios que se dejan de consumir y ayudan a su disminución, sean necesarios para personas con pocos recursos económicos que no pueden pagar la tasa de copago.

Al mismo tiempo, con el establecimiento del copago se muestran las preferencias de los servicios consumidos por los individuos. Sin embargo, esto es difícil dado que no solamente muestra información sobre las preferencias, sino que ofrece información simultánea tanto de las preferencias como de la renta. Por lo tanto, en muchos casos, estas preferencias pueden estar generadas por individuos con mayores niveles de renta ya que son éstos grupos de población los que no tienen problemas para hacer frente a las tasas de copago.

## 4. EFECTOS DEL COPAGO SANITARIO

Los efectos de los copagos sanitarios dependen de factores como: grupos de edad, tipo de enfermedad del paciente, nivel de renta y del propio diseño del copago. Esto afecta directamente a la demanda de los servicios sanitarios, a la distribución de la renta, a la equidad y al estado de bienestar, así como a la propia salud del paciente.

### 4.1 PÉRDIDA DE BIENESTAR ASOCIADA AL RIESGO MORAL Y EFICIENCIA

La introducción del copago puede suponer una alternativa a una subida de impuestos por parte del gobierno, mejorando así la eficiencia en los servicios sanitarios públicos y mayormente en el consumo excesivo de los servicios sanitarios ligado al riesgo moral<sup>1</sup>, fenómeno que ocurre cuando una aseguradora cubre los gastos de los servicios sanitarios de los usuarios. Los individuos, al estar asegurados y con la convicción de que es la aseguradora quién responde por ellos, tienden a realizar un consumo excesivo de dichos servicios. Por lo general, los usuarios que están asegurados suelen tener un mayor poder adquisitivo que aquellos que no pueden pagar el seguro, por lo tanto el valor que conceden los asegurados a los diferentes servicios sanitarios no es el mismo que los no asegurados. Según el estudio de Puig-Junoy (2001), este comportamiento se da debido a que el coste de una unidad adicional del servicio sanitario es compartido por todos los individuos que financian el seguro, por lo que resulta frecuente que los asegurados realicen un mayor uso de los servicios que los no asegurados. Asimismo, es importante resaltar que la existencia de estos seguros puede suponer una pérdida de bienestar, ya que ante un aumento en el consumo se genera un mayor gasto. A continuación, se muestra un ejemplo práctico sobre la pérdida de bienestar que puede ocasionar este tipo de seguros, basado en el artículo de este mismo autor:

*“Se analiza una población de 100.000 personas con preferencias y características demográficas idénticas. El nivel de renta para todos los individuos es de 30.000 euros anuales antes de pagar impuestos y la probabilidad de que un individuo enferme gravemente durante el año es de 1/40, lo que significa que 1 de cada 40 de los 100.000 individuos va a enfermar. Hay que resaltar que la probabilidad de enfermar depende de las características del individuo, en ningún caso por disponer o no de una cobertura aseguradora. Cuando los individuos no disponen de ningún tipo de seguro que responda por ellos, en el caso de enfermar cada uno utiliza 20 unidades de un único tipo disponible de servicio sanitario. Cada unidad tiene un coste marginal de 500 euros, por lo que cada individuo va a soportar un coste de 10.000 euros en concepto de servicios de atención sanitaria. El coste medio esperado por cada individuo de la población general será de 5.000 euros ( $CM_E = 0,975 \times 0 \text{ €} + 0,025 \times 20 \text{ unidades} \times$*

---

<sup>1</sup> El riesgo moral en el ámbito sanitario se aplica a la pérdida de incentivos para mantener estilos de vida saludables que eviten la probabilidad de enfermar. Martín, José Jesús (2005)

10.000 €). Por lo tanto, en el caso de estar enfermos los individuos tienen una renta disponible para gastar en otros bienes o servicios de 20.000 €, en el caso de que no existen impuestos de ningún tipo.

Ahora se establece un sistema de seguro público de asistencia sanitaria que tiene carácter universal y se financia a través de impuestos generales recaudados de forma equitativa, de manera que ahora el precio por utilizar los servicios sanitarios pasa a ser nulo. Dado que el coste de utilización de los servicios sanitarios es cero, los individuos van a utilizar 40 unidades de servicios sanitarios.

El coste generado de cada individuo que enferma será de 20.000 € y el coste medio esperado por cada individuo de la población general será de 10.000 € ( $CM_E = 0,975 \times 0 \text{ €} + 0,025 \times 40 \text{ unidades} \times 10.000 \text{ €}$ ). Por lo tanto para poder financiar el sistema sanitario la recaudación que se debe obtener es de 1.000 millones de euros ( $10.000 \text{ €} \times 100.000 \text{ personas}$ ).

Con el resultado obtenido en este ejemplo, se aprecia que las personas que no tienen seguro sanitario están mejor situadas que las que tienen que hacer frente al seguro, dado que el gasto anual que tienen que hacer las personas sin seguro es de 5.000 € ante un gasto anual de 10.000 € por parte de las personas que tienen un seguro, es decir, han de hacer el doble de gasto. La diferencia en el aumento de ese coste es efecto del riesgo moral asociado a los servicios sanitarios. A pesar de que se hace un mayor consumo cuando las personas están aseguradas, las unidades adicionales de servicios sanitarios consumidas pueden tener un valor que no compense los costes de esos servicios, lo que puede dar lugar a una pérdida de bienestar.”

Una vez explicado de forma práctica, se puede apreciar que la pérdida de bienestar entre las personas no aseguradas y aseguradas, a pesar de que el coste marginal de los servicios sanitarios es el mismo, el coste por individuo aumenta en 20 unidades adicionales cuando existe un seguro, con un coste resultante de 500 millones de € ( $2500 \text{ enfermos} \times 20 \text{ unid.} \times 10.000 \text{ €}$ ) para la población. Consecuentemente, para las personas aseguradas la primera de las 20 unidades tendrá un valor inferior a su coste marginal y la última unidad tendrá un valor nulo o casi nulo ya que al estar cubiertos por el seguro no le dan la misma importancia que los no asegurados.

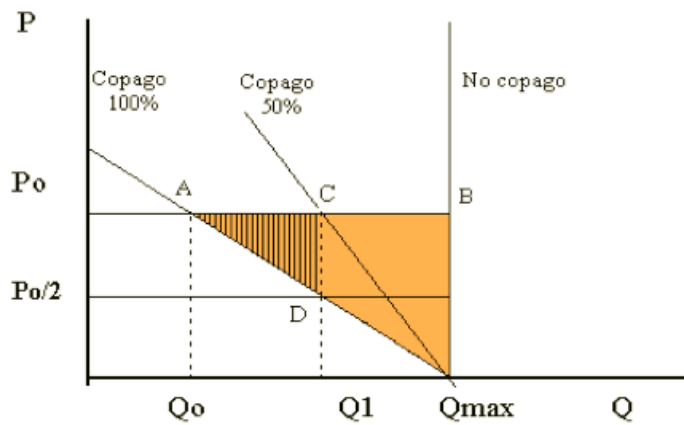
Si bien la pérdida de bienestar es en gran medida causada por el consumo excesivo, existen otros factores a tener en cuenta para saber por qué se da este sobreconsumo. Estos factores se tratan de fallos de mercado y son los que en gran medida incitan a los pacientes a realizar dicho consumo. Entre los diferentes fallos de mercado se encuentran: la ignorancia de los pacientes sobre los medicamentos y los diferentes servicios consumidos; la incertidumbre de no saber la eficacia de los

tratamientos; la falta de racionalidad de los servicios sanitarios por parte de los usuarios y la información asimétrica<sup>2</sup> en la relación entre el médico y paciente. (Urbanos, 1999)

## 4.2 EL PAPEL DE LA DEMANDA

El copago puede ayudar a reducir la pérdida de bienestar generada por el sobreconsumo asociado al riesgo moral, una reducción que es generada por el efecto que posee el copago sobre la elasticidad-precio<sup>3</sup> de la demanda. En el gráfico 5 se representan las funciones de demanda asociadas a un servicio sanitario cuando no existe copago, cuando existe un copago del 50% y cuando existe un copago del 100%, es decir, un copago equivalente a la totalidad del precio del servicio.

**Gráfico 5. PÉRDIDA DE BIENESTAR ASOCIADA A DIFERENTES COPAGOS**



Fuente: Fuente: "Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño." López-Valcárcel *et al.* (2016)

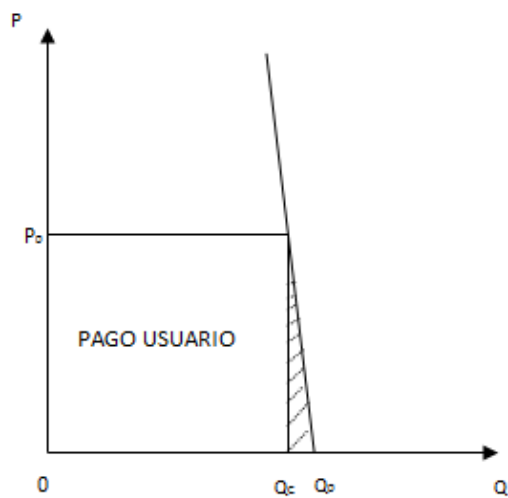
El triángulo formado por ABQmax es la pérdida de bienestar asociada al riesgo moral cuando existe un copago equivalente al 100%. De igual manera, el triángulo que forman los puntos ACD representa la pérdida de bienestar asociado al riesgo moral cuando se introduce un copago del 50%. Con esto, se demuestra que el copago sanitario podría ser de gran utilidad para reducir la pérdida de bienestar causada por el seguro sanitario. Además con la eliminación del seguro, esto es, cuando el precio se iguala al coste marginal, la pérdida de bienestar desaparece. Asimismo, otra de las conclusiones que pueden extraerse es que, cuanto menor sea la pérdida de bienestar más beneficiosa será la introducción de copagos más bajos.

<sup>2</sup> Existe información asimétrica cuando una de las dos partes tiene más información que la otra.

<sup>3</sup> Elasticidad-precio de la demanda: Variación porcentual de la cantidad demandada en relación a una variación porcentual en el precio.

Una de las premisas básicas para lograr tanto la reducción de consumo como la reducción del gasto sanitario, según el análisis realizado por Rodríguez (2007), es que la demanda de los servicios sanitarios a los que se aplica el copago sea elástica. La demanda tiene que ser lo suficientemente sensible a las variaciones en el precio para que ante un aumento del precio, se genere una reducción en el consumo. En cambio, si la demanda en la cual se aplica el copago es una demanda inelástica, cuando se da una variación porcentual en el precio, la cantidad demandada casi no va a variar. En el gráfico 6 se muestra la variación que sufre la demanda de un servicio sanitario cuando se introduce el mecanismo de copago.

**Gráfico 6.** Demanda inelástica de los servicios sanitarios.



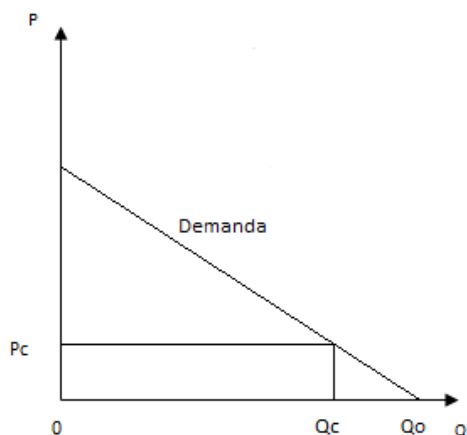
Fuente: Elaboración propia.

La demanda de los servicios sanitarios, en su gran mayoría, posee una elasticidad bastante baja y, puesto que la variación de la demanda no es proporcional a la variación que se genera en el precio, generalmente se queda por debajo. Esto sucede, tal y como exponen López-Valcárcel (2016) y Rodríguez (2007), debido a que los servicios médicos no tienen buenos sustitutos que puedan reemplazarlos por otros bienes o servicios. En el momento que una persona cae enferma y requiere de ciertos medicamentos o incluso someterse a una operación quirúrgica, ésta no tiene otra salida más que la de tomar lo que le prescribe el doctor u operarse. Por ello, la eficacia del copago como mecanismo para reducir el gasto y el exceso de consumo de las prestaciones sanitarias es reducida. Sin embargo, uno de los objetivos del copago como es la obtención de una financiación adicional si podría lograrse con la introducción del copago en las demandas más inelásticas. Tal y como se muestra en el gráfico 6, la cantidad de gasto sanitario tiene una reducción muy pequeña, siendo esta el triángulo formado por  $Q_c Q_0$  y la demanda. En cambio, el sistema sanitario se financia dado que hay una menor pérdida pues los individuos optan por no acudir a los servicios.

En muchos casos la demanda del paciente viene inducida por el propio médico, ya que éste es quien tiene la información acerca del estado de salud del paciente. El individuo no tiene la información necesaria sobre los medicamentos que debe tomar adquirir o sobre los servicios a los que tiene que acudir. Con lo cual, no es una misma persona quien a veces elige su demanda de servicios, sino el propio médico, situación que conlleva a que las medidas de copago puedan llegar a ser ineficaces. Es por ello, que conviene que los médicos no inciten al paciente a hacer un exceso de consumo, ya que esto supone un mayor gasto sanitario. Para hacer frente al gasto sanitario que se genera, no solamente por los médicos que en ocasiones conducen al sobreconsumo, sino también por el poco valor y la poca consideración que las personas dan a los servicios sanitarios, es aconsejable aplicar los copagos en las demandas más elásticas.

Es en este caso de las demandas más elásticas, donde se puede generar la reducción del gasto sanitario y donde el copago es más eficaz. En el gráfico 7, se detalla la variación que se genera cuando el copago se introduce en servicios donde la demanda es elástica.

**Gráfico 7.** Demanda elástica



Fuente: Elaboración propia.

La introducción de la tasa de copago en servicios con demandas más elásticas genera una mayor reducción del gasto sanitario así como de las prestaciones sanitarias tal y como se observa en el gráfico 7. Las reducciones en las demandas más elásticas son mayores que en las inelásticas tal y como se observan en los gráficos 6 y 7, donde  $(Q_c - Q_o)$  gráfico 7  $>$   $(Q_c - Q_o)$  gráfico 6. Además, si se pretende moderar la demanda innecesaria, debería de aplicarse a todas aquellas prestaciones cuya demanda por parte de los usuarios disminuya ante la existencia de un precio para el consumo. La reducción en los servicios sanitarios tras la aplicación de un copago, equivalen a los servicios prescindibles y menos valorados por los usuarios. De esta manera, se reafirma la teoría del uso inapropiado que se hace de los servicios sanitarios, ya que a la hora de poner un copago la población toma conciencia del gasto que supone para la

sanidad dichos servicios, y racionaliza en mayor medida su consumo. Pero, identificar qué proporción de la reducción de demanda corresponde realmente a demanda innecesaria y cuál se confirma como consecuencia de una imposibilidad de afrontar el coste de los copagos, es una labor muy difícil.

### 4.3 EQUIDAD

Uno de los aspectos que más controversias ha creado a nivel social en cuanto a la introducción de mecanismos de copago son los problemas de equidad. Esta condición de equidad en el sistema sanitario puede verse afectado en base al diseño del propio copago.

La inclusión de un copago tiene diferentes efectos para las personas dado que las diferencias entre éstas en cuanto a recursos económicos es muy variable. Cabe destacar que la elasticidad de demanda en los individuos de menor poder adquisitivo es mayor que la de aquellos de mayor, es decir, las personas con menos recursos económicos son más sensibles a las variaciones que pueden surgir en el precio del producto o servicio sanitario (Sánchez, 2011). De manera que se puede afirmar que a mayor existencia de copagos y de mayor cuantía, más sensibles serán los pacientes. Asimismo, dichas divergencias se han visto agravadas por el contexto de crisis económica actual. Los copagos nunca deben perjudicar a las personas ni empeorar su estado de salud ni sus recursos económicos. Para ello, el copago debe diseñarse acorde a los niveles de renta (Rodríguez, 2007) y las capacidades de pago de las diferentes personas, ya que los recursos de los más desfavorecidos dista mucho de los que poseen aquellos de mayores recursos. Por el contrario, si esto no es así, la carga financiera que tiene que soportar los más desfavorecidos en comparación con aquellos de mayor nivel de ingreso, es mucho mayor. Esta situación desemboca en unas desigualdades que afectan de manera directa a los menos pudientes.

Un copago con una tasa fija obligatoria crea barreras en el acceso en el uso y consumo de los diferentes servicios sanitarios a personas con bajos ingresos que ven como no pueden hacer frente a la tasa de copago en cuestión. Asimismo, el efecto inequitativo del copago sanitario puede aumentar cuando las personas con mayor poder adquisitivo contratan seguros privados, haciéndose cargo ellos mismos del copago, mientras que las personas menos favorecidas van a seguir estando expuestas al pago por cada servicio sanitario utilizado. Varios autores señalan que dadas las características del mercado sanitario, el establecimiento de un copago tiene que suponer una mejora en la eficiencia siempre y cuando la equidad no se vea resentida. Uno de los problemas que puede acarrear el copago, es que en el supuesto caso de que exista un bien o servicio que pueda sustituir a otro, el paciente se incline por el bien sustitutivo y se genere un efecto-sustitución. Este contexto provoca una desviación de la demanda hacia el nuevo servicio del que se está haciendo uso. Un

ejemplo de ello podría ser el establecimiento de un copago en las urgencias de los hospitales provocando así una disminución de las mismas y aumentando la demanda de la asistencia hospitalaria. Esta desviación surge a raíz del empeoramiento de las personas por no acudir a urgencias, y deriva en un mayor gasto sanitario pues la asistencia hospitalaria es más cara que el servicio de urgencias. De este modo, no se logra la reducción del gasto, sino que se agravaría aún más y afectando también a la equidad.

López-Valcárcel (2016), manifiesta la falta de adherencia con la introducción de los copagos. Esta adherencia hace referencia a si el paciente hace uso de los medicamentos que el médico le ha prescrito. La falta de adherencia se hace notar en mayor medida en los grupos de población más desfavorecidos como los desempleados, puesto que estos son más vulnerables cuando se enfrentan a un pago por la utilización de un servicio. Por esta razón, cabe decir que los copagos obligatorios introducidos de manera directa sin que previamente se haya estudiado cual es el resultado que se puede obtener con ellos, pueden damnificar gravemente a estos grupos de personas creando limitaciones al acceso de los diferentes servicios sanitarios.

La introducción de los copagos debe ser de un forma moderada y progresiva que haga que las personas con mayores problemas no se vean perjudicadas, siempre bajo la premisa de que ha de ser equitativo para toda la sociedad. Todas las personas tienen el derecho a disponer del mismo acceso, así como tener el mismo nivel de salud, es decir, obtener los mismos resultados mediante los mismos servicios sanitarios. Esto es, que no aumente la inequidad en la utilización de los servicios ya que todos deben tener el mismo derecho al acceso. Las tasas de participación del usuario tienen una gran desventaja, y es que no diferencian, o no son capaces de distinguir entre los servicios sanitarios más efectivos y menos efectivos. No diferencian entre tratamientos cuya efectividad todavía no ha sido comprobada ni tampoco entre los servicios más o menos caros. Por lo tanto, si un medicamento es esencial para la salud de las personas, la población con más problemas para hacer frente al copago van a verse muy perjudicados, incluso llegando al punto de no acudir o tomar dicho medicamento, creando diferencias en el acceso y, por consiguiente, aumentando la brecha de la equidad. Esto pone de manifiesto las alternativas a las que se enfrentan quienes tienen que decidir respecto a la aplicación y al diseño del propio copago para adaptarlo al sistema sanitario.

Según Badía (2013) el problema de la inequidad es especialmente grave en el caso de los servicios preventivos, puesto que los grupos de población más desfavorecidos no van a poder dejar de utilizarlos, ya que son básicos. Ello puede derivar en una situación en la que estos grupos de población se vean obligados a



utilizar servicios curativos o rehabilitadores menos eficientes. Con lo cual, cabe preguntarse si los copagos realmente son equitativos o no para financiar la sanidad, o si existen otras formas y medios para financiar el sistema sanitario para que toda la población tenga acceso. Además, para financiar los servicios sanitarios hay que tener en consideración la capacidad de pago de los individuos, y el copago no la tiene ya que todos pagan un mismo porcentaje por el mismo servicio recibido.

En el caso de instaurar el copago, éste se debe poner en los servicios que sean menos efectivos para la población, dejando exentos de copagos los servicios básicos y preventivos. Estos servicios son los que ayudan a prevenir las enfermedades y los empeoramientos de salud, por lo que en caso de no hacerse esta diferenciación a la hora de fijar el copago sanitario, puede que gran parte de la población vea peligrar su salud debido a la inaccesibilidad a los servicios mencionados. Es cierto que la tasa de copago puede ayudar a reducir el consumo, pero hay que tener en cuenta que el consumo que se quiere reducir es el consumo innecesario, nunca el básico y necesario. Si no se hace un buen diagnóstico sobre cuáles son los servicios menos necesarios, no se van a reducir tanto los servicios necesarios como los innecesarios, y con ello se crearían más desigualdades.

Por esto, como anteriormente se ha mencionado en otro apartado, algunos países diseñan fórmulas de copago las cuales tienen límites de aportación tanto mensuales como anuales para las distintas familias, y también eximen del copago sanitario a grupos de población como pueden ser los niños o ancianos.

En síntesis, los copagos pueden tener unos efectos positivos sobre la eficacia en cuanto a reducir el consumo asociado al riesgo moral. Introducir un copago en los servicios donde se hace un sobreconsumo, permite generar una reducción sobre los mismos. Además, las personas que están aseguradas, no sólo tienden a hacer un mayor consumo, sino que cuando tienen una aseguradora que responde por ellos, su nivel de bienestar es menor a causa de tener que hacer frente a un mayor desembolso. Esta pérdida de bienestar, aparte de ser generada por el despilfarro que se hace en el consumo, también viene dada por los fallos de mercado. Por lo tanto, el copago puede reducir dicha pérdida de bienestar que se asocia al riesgo moral. Esta reducción es generada por el efecto que tiene la tasa de copago en la elasticidad precio de la demanda.

Una de las condiciones para que se logre reducir el consumo y el gasto sanitario, es que el copago se introduzca en los servicios sanitarios cuya demanda sea elástica, es decir, que la demanda sea sensible a las variaciones en el precio. No obstante, los servicios sanitarios, en general, poseen una elasticidad baja, por lo que cuando varíe el precio no se va a dar una gran reducción en el consumo, sino que la

cantidad variará muy poco. La baja elasticidad de las prestaciones sanitarias es debido a que los bienes o servicios no tienen buenos sustitutos que puedan reemplazarlos. Por lo tanto la eficacia del copago para reducir el gasto y el consumo queda en entredicho.

Además de esto, se deben introducir los copagos en los servicios menos efectivos y donde su eficacia no haya sido probada. En cambio, los copagos son incapaces de diferenciar entre los servicios necesarios de los que no lo son, por lo que pueden generar problemas de inequidad en la población que carece de los recursos necesarios para poder costearse los servicios o medicamentos. Por ello, para que este efecto adverso no se genere, se requiere de cierta información sobre la efectividad de los servicios en los pacientes. Si no es así, los pacientes con enfermedades crónicas y bajo poder adquisitivo van a salir perjudicados; el primero de ellos debido a las tasas de copago continuas que va a tener que hacer frente, y el segundo dada su incapacidad para pagar la tasa de copago.

## 5. EVIDENCIAS EMPÍRICAS

Tal y como se ha visto en apartados anteriores, las elasticidades de la demanda de los diferentes servicios sanitarios son fundamentales para estimar los efectos del copago sanitario sobre la utilización de dichos servicios. La mayoría de los estudios realizados acerca de la implantación del copago analizan los efectos que éste tiene en la utilización, la equidad y en el gasto. Igualmente, los estudios empíricos también indagan sobre la supuesta efectividad de los copagos y cómo estos afectan al poder adquisitivo y la salud de los pacientes.

La mayoría de los estudios sobre los copagos concluyen que, ante un aumento del nivel del copago se genera una reducción en la utilización de los servicios sanitarios, siempre teniendo en cuenta las elasticidades de la demanda. El estudio de los efectos del copago no sólo debe de analizar los cambios que se generan en la utilización de los servicios, sino que también deben analizar los cambios en el estado de salud de las personas y la efectividad de los servicios. En cuanto a la utilización, resalta por un lado, el estudio de la Rand Corporation el cual examina el efecto del copago para diferentes elasticidades de demanda. Por otro lado, también destaca el análisis realizado por Chiappori *et al* (1998,2000) para comprobar la influencia que tiene el precio no monetario en la elasticidad, así como el informe de Thompson, Mossialos y Jemai (2002) basado en un copago para las visitas a urgencias en Finlandia, entre otros.

Para poder estudiar los efectos en la utilización se van a mostrar en las tablas 3 y 4 los resultados que se obtuvieron en el experimento de la Rand, puesto que a partir de las tablas se podrán extraer las conclusiones del experimento. En el estudio se asignaron 2.756 familias aleatoriamente con cinco planes de seguro diferentes. Cada seguro tenía un porcentaje de copago diferentes al resto de los planes de seguro.

**Tabla 3. Resultados del Experimento de Seguro Sanitario de la RAND**

PORCENTAJE DE COPAGO	VISITAS	GASTO EN VISITAS EXTRAHOSP. (\$ 1984)	ADMISIONES POR 1000 HABITANTES	GASTO HOSPITALARIO (\$ 1984)	PROB. DE RECIBIR CUALQUIER ATENCIÓN MEDICA	PROB. DE HOSPITALIZAC.	GASTOS TOTALES AJUSTADOS
0%	4.55	340	128	409	86.8	10.3	750
25%	3.33	260	105	373	78.8	8.4	617
50%	3.03	224	92	450	77.2	7.2	573
95%	2.73	203	99	315	67.7	7.9	540

Fuente: "Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad". Rodríguez, Marisol (2007)

**Tabla 4. Elasticidades precio en el experimento de Seguro Sanitario de la RAND**

PORCENTAJE DE COPAGO	SERVICIOS AGUDOS	SERVICIOS CRÓNICOS	SERVICIOS PREVENTIVOS	SERVICIOS HOSPITALARIOS
0 – 25%	-0.16	-0.20	-0.14	-0.17
25 – 95%	-0.32	-0.23	-0.43	-0.14

Fuente: "Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad". Rodríguez, Marisol (2007)

En la tabla 3, las personas con el plan gratuito utilizan más servicios que los que están sujetos a cualquier porcentaje de copago, de forma que a medida que el copago aumenta se genera una reducción en el consumo, excepto en la probabilidad de hospitalización. Esta probabilidad puede darse debido a que la hospitalización es muy rígida al precio y la gente cuando enferma y requiere de ser hospitalizado no le queda más remedio que pagar la tasa que en ese momento esté implantada. En la tabla 4, se observa que las elasticidades de demanda son bastante inelásticas dada su proximidad a cero. Recordando que los servicios sanitarios tienen elasticidades de demanda bastante bajas, a medida que aumenta el copago, la elasticidad de la demanda es mayor y ésta es más alta en los servicios preventivos que en los demás servicios. Estos resultados son muy similares a un estudio realizado en Bélgica, con un resultado parecido al estudio de la Rand. En este estudio se afirma que el incremento del copago sanitario afecta en mayor medida a los sujetos que tenían un copago mayor. Lo cierto es que mediante ambos estudios queda reflejado que el copago reduce la utilización de los servicios y que la elasticidad precio estimada es reducida. No obstante, uno de los problemas que se ha detectado en el análisis llevado a cabo por Rand Corporation es que, a pesar de que los copagos reducen la utilización, no diferencian entre los servicios efectivos y poco efectivos, esto es, el copago no tiene efecto selectivo para diferenciar entre los servicios o tratamientos apropiados e inapropiados para el paciente. Además, este problema se agrava en los servicios preventivos y las urgencias.

La IESE Business School of Navarra (Mas *et al.* 2011) analiza el informe elaborado por Thompson, Mossialos y Jemai en el año 2002, donde se introduce un copago en las visitas a urgencias en una unidad de traumatología de un centro hospitalario en Finlandia. A raíz de la inclusión de una tasa de copago, se produjo un descenso bastante notable en las visitas a urgencias, las cuales descendieron entre un 18% entre los niños más pequeños y un 27% para los niños más mayores. Los mismos resultados se dan en el análisis llevado a cabo por (Houlberg 2011, Kiil 2013), donde también se introdujeron copagos en servicios tales como las consultas ambulatorias, la atención primaria y los medicamentos. Los resultados no fueron diferentes a los demás estudios, ya que a través de los copagos, los servicios de atención primaria, la atención ambulatoria y los medicamentos vieron reducida su utilización.

A continuación se muestran cómo son las elasticidades según los diferentes servicios sanitarios:

.Servicios preventivos: En general la elasticidad dentro de este servicio es baja aunque tiene una elasticidad de demanda bastante rígida. En comparación con los demás servicios la elasticidad de la demanda es más alta.

.Servicios hospitalarios: Tras analizar los diferentes estudios, la elasticidad de demanda es muy rígida ante una variación en el precio. Los pacientes independientemente del

copago que se imponga no van a dejar de utilizar este servicio ya que en caso contrario pueden ver su estado de salud seriamente perjudicado.

.Servicios agudos: También tienen una elasticidad de demanda bastante rígida. Esto se puede deber a que no tiene buenos sustitutos a los que los pacientes puedan acudir en el caso de no asistir a este servicio por no poder pagar el copago establecido.

.Medicamentos: Con la introducción de un copago, el consumo de éstos disminuye, es decir, se reduce su utilización. Por un lado, la demanda de los medicamentos esenciales es más elástica que la de los medicamentos menos esenciales o innecesarios. Por otro lado, la disminución en el consumo de medicinas hace que aumente la probabilidad de hospitalización.

Asimismo, cabe hacer referencia a los niños, sobre todo en los niños con menos recursos ya que éstos sufren el impacto del copago en una mayor proporción que las personas adultas tal y como se observa en la tabla 5, en el estudio llevado a cabo por la Rand Corporation.

**Tabla 5.** Experimento de la Rand. Probabilidad de recibir atención con plan gratuito y copago.

	PLAN GRATUITO	PLANES CON COPAGO
<b>NIÑOS:</b>		
<b>POBRES</b>	<b>100</b>	<b>56</b>
<b>NO POBRES</b>	<b>100</b>	<b>85</b>
<b>ADULTOS:</b>		
<b>POBRES</b>	<b>100</b>	<b>59</b>
<b>NO POBRES</b>	<b>100</b>	<b>71</b>

Fuente: "Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad". Rodríguez, Marisol (2007)

En definitiva, hay que destacar que las elasticidades de demanda de los servicios sanitarios, en general, son bastante rígidas dado que son menores que  $|1|$  y muy próximas a cero. Entre los diferentes servicios, el que tiene una demanda un poco más elástica ante la introducción del copago, son los servicios preventivos. Añadir, que la elasticidad de la demanda es mayor en las personas con menos poder adquisitivo debido a que son más sensibles a las variaciones que surjan en el precio. Igualmente, los niños pertenecientes a los grupos con menos recursos sufren en mayor proporción el efecto del copago sanitario que las personas adultas.

La reducción en la utilización de los diferentes servicios sanitarios genera problemas como: empeoramiento del estado de salud, las personas con enfermedades

crónicas salen perjudicadas y los pacientes con bajos niveles de renta dejan de consumir servicios necesarios debido a los problemas para hacer frente a los pagos. Estos estudios refuerzan la evidencia de que los copagos reducen la utilización pero no diferencian entre los servicios más y menos efectivos, ya que estos disminuyen de igual manera.

Sin embargo, estos estudios se basan en el efecto de la elasticidad en el copago respecto al precio monetario, el cual únicamente es una parte del coste de la atención sanitaria. La racionalización no se produce única y exclusivamente mediante el precio monetario sino también en función del precio no monetario.

El hecho de que en la mayoría de los estudios realizados se hayan obtenido elasticidades bajas para los copagos, no es un argumento suficiente como para afirmar que los servicios sanitarios son poco elásticos respecto a una variación en el precio, puesto que los cambios en la utilización en base a diferentes copagos dependen tanto del precio monetario como del precio no monetario. Dicho esto, puede ser que las elasticidades bajas sean a causa de una variación en el coste completo, es decir, puede que se dé una gran variación en el precio monetario pero si no se analiza el precio no monetario, no podrá comprobarse como será realmente la elasticidad. Para ello, Chiappori *et al* (1998,2000) han realizado un estudio en Francia para comprobar la influencia que tiene el precio no monetario en la elasticidad. En dicho análisis, tras introducirse un copago del 10% para dos grupos diferentes de población, se analizan los cambios en las visitas al centro de salud y las visitas a domicilio. En un primer grupo se sitúan aquellos que deben hacer frente al copago introducido del 10%, y en un segundo aquellos que poseen un seguro que les reembolsa el copago. Los resultados indican que el copago afecta, pero no de una manera alarmante, a las visitas en el centro de salud, mientras que las visitas a domicilio si se ven significativamente reducidas para los pacientes que tienen que hacer frente al copago. Esta situación puede llevar a la conclusión de que cuando los costes no monetarios no son de gran importancia, la introducción del copago o una pequeña variación del mismo dan pie a grandes cambios en la utilización de los servicios. Estos precios no monetarios influyen en gran medida en la toma de decisiones de los pacientes. Independientemente de que los costes no monetarios no supongan un desembolso de dinero para los individuos, suponen otro tipo de coste como puede ser el tiempo y el coste físico que están incluidos en la compra o uso de un servicio. Puig- Junoy (2001), señala que el precio no monetario es como un copago no monetario. Por lo tanto, existen personas que están dispuestos a asumir mayores costes no monetarios para acceder al servicio y personas que no lo están.

A pesar de que existe una gran variedad de estudios y experimentos sobre cómo actúan los copagos en la utilización de los servicios, no hay gran variedad de

cómo es el efecto sobre el estado de salud. En cambio, en el estudio de la Rand existe la evidencia clara de que los pacientes con menores niveles de renta tendrían un mejor estado de salud si no existiese el copago, ya que podrían acudir a los diferentes servicios sanitarios siempre y cuando lo necesitasen, sin la necesidad de tener que elegir qué servicio se ajusta mejor a sus problemas debido al pago que tienen que hacer.

En referencia a los copagos en los medicamentos, destaca la investigación de Harris *et al* (1990) y Tamblyn *et al* (2001). Ambos estudios diferencian entre los medicamentos importantes o esenciales y discrecionales o no esenciales. Tras la aplicación del copago en los diferentes tipos de medicamentos, en ambos estudios se generan una mayor reducción en los medicamentos no esenciales debido a que los esenciales son primordiales para la salud. En el primero de ellos, se realiza una comparación entre el antes y el después de la aplicación del copago. Con un copago equivalente a 1,5\$ el número de preinscripciones se reduce en un 10,7%, sin embargo aumentando el copago hasta los 3\$ se reducen en un 10,6% adicional. En el segundo estudio, el copago se introdujo para personas de pocos recursos y ancianos. En ambos se produjo una disminución en el consumo de los medicamentos, pero siendo ésta mayor para los individuos más pobres, así los medicamentos no esenciales sufrieron una reducción del 15,1% en los ancianos y un 22,4% en los pobres. En cuanto a los medicamentos esenciales, en las personas con menos recursos hubo un descenso del 14,4% y un 9,1% en el caso de los ancianos. Una vez expuestos estos dos estudios, se extrae como conclusión que el consumo de medicamentos esenciales puede tener un coste de oportunidad elevado ya que en los individuos con menos recursos las visitas a urgencias se incrementaron en un 78%. Asimismo, en la investigación realizada por A. Wagstaff y E. Van Doorslaer, en 13 países diferentes, se obtuvieron unos resultados parecidos. En este estudio, las personas con menos recursos económicos sufrían en mayor medida el impacto del copago sanitario. Esto, se traduce en un mayor empobrecimiento de los individuos con bajos niveles de renta ya que proporcionalmente abonan un mayor importe que las clases de mayor poder económico.

Tras analizar en los diferentes estudios mencionados el efecto de los copagos en diferentes servicios sanitarios, se puede decir que es cierto que el copago ayuda a reducir la utilización de las prestaciones sanitarias. En cambio, estas reducciones no son efectivas ya que los grupos de población con menos ingresos salen proporcionalmente más perjudicadas, con lo que aumenta la inequidad en el acceso a los servicios. Además, los copagos no difieren entre los servicios o tratamientos eficientes de los que no lo son, por lo tanto, la reducción que se genera incluye ambos tipos de servicios. Esto es uno de los problemas del copago, pues no diferenciar entre lo necesario y menos necesario trae consecuencias graves para población. Entre estos

problemas está el empeoramiento de la salud de las personas al no acudir o tratarse con servicios eficientes, y el descenso de los ingresos si no se aplica el copago en función de los niveles de renta. Estos resultados, generan la duda de si la introducción del copago como medida para mejorar la sanidad es justa, ya que para establecerlo deben tenerse muy en cuenta todos los campos para que la población no se vea afectada.



## 6. PROPUESTA Y DISEÑO DEL COPAGO EN EL SISTEMA SANITARIO

El diseño de los copagos sanitarios en los servicios públicos se ha convertido en un aspecto de índole social complejo, debido a los grandes desacuerdos existentes entre los distintos partidos políticos del país, así como con los expertos en gestión sanitaria. Es así, que están surgiendo numerosas controversias, no solo nivel nacional, sino también internacional, en relación a su correcta aplicación e idoneidad. No existe una postura completamente a favor o en contra de su implementación dada las escasas evidencias empíricas que se han obtenido, ya que aquellos países donde los copagos se han establecido en la gran mayoría de los servicios médicos no han salido reforzados en términos resultados económicos o sociales. Con esto es difícil o imposible saber o predecir cómo podría diseñarse el copago sanitario ideal, en el que ningún ciudadano se vea afectado y en el que el sistema sanitario no se vea comprometido en el medio y largo plazo. No obstante, tras examinar con anterioridad el impacto de los copagos y sus efectos en la demanda de servicios, existen una serie de medidas teóricas basadas en evidencias empíricas que pueden servir de aproximación para una posible aplicación.

### PROPUESTAS

1. Los copagos sanitarios, deberían ligarse al nivel de renta de cada persona o familia, por lo que sería conveniente que aquellos que disponen de menores recursos no se vean expuestos a los efectos negativos del copago, al ser considerado como un impuesto más. La razón es que en el caso de que la tasa de copago no esté ligada a la renta, en términos generales, estos tendrán que hacer frente a un porcentaje mayor sobre sus rentas de copago que las clases de mayor ingreso. Una de las propuestas para evitarlo, es establecer límites o máximos, ya sean mensuales o anuales, basados en las ganancias de los pacientes, sin perjudicar a su salud. Si estos se introdujeran obligatoriamente y a una tasa fija sin previamente haber estudiado los efectos tanto de los servicios como los tratamientos, se creará una barrera al acceso tal y como se ha mencionado en apartados anteriores. Esta problemática perjudica gravemente al paciente, pues debe realizar una elección entre aquellos servicios de más valor o de menos valor.

2. Es precisamente por ello, por lo que resulta imprescindible estudiar la efectividad del servicio en términos de salud, discriminando entre los más y menos vitales. De esta forma, en el caso de ser un servicio con un alto porcentaje de efectividad, no es recomendable introducir una tasa de pago, en cambio, instaurar el copago en servicios o tratamientos cuya efectividad es muy baja o prácticamente nula puede ser una medida beneficiosa.

3. Igualmente, resulta esencial priorizar las prestaciones en función de su coste-efectividad, es decir, en los servicios que tengan un mejor coste-efectividad no implantar un copago y en los que el coste-efectividad sea peor aplicar un copago. Aunque habría que estudiar los casos en los que los servicios son efectivos pero no son necesarios. Un ejemplo de ello puede ser, cuando un paciente elige un medicamento diferente y a su vez más caro del que le ha recetado el médico simplemente porque cree que es mejor o aplicarlo en las consultas innecesarias que realicen los pacientes. Algo de esto se ha intentado con los llamados genéricos que están cubiertos por el copago habitual mientras que otros sustitutos más caros quedan fuera de cobertura. Sin embargo, es difícil calificar o diferenciar una consulta necesaria de una que no lo es. En este caso, el único que tiene la información para valorar la consulta es el propio médico, por lo que en ocasiones no es una buena decisión dejar en manos de dicho profesional la decisión de juzgar.

4. Dicho esto, parece lógico afirmar que el diseño óptimo de los copagos debe adecuarse a las posibilidades de los enfermos de mayor riesgo y aquellos con menores recursos. Una de las medidas para no perjudicar a este grupo social, es imponer la exención de los copagos en servicios sanitarios básicos y preventivos, ya que como su nombre indica son básicos y deberían ser universales, además de ayudar a prevenir enfermedades que a posteriori generan un mayor gasto para la sanidad pública. Asimismo, el pago por utilización de un servicio, en el caso de los enfermos crónicos, se traduce en un obstáculo muy difícil de superar dado que éstos pueden verse expuestos al desembolso de una enorme cuantía económica fija durante toda su vida. Incluso en muchos casos, pueden ver peligrar su estado de salud ante la falta de ayudas por parte del Estado debido a que se ignora la difícil situación en la que se encuentran. Cabe entonces decir, que esta situación no se da sólo en enfermos crónicos o de larga curación, sino también en grupos de población tales como: niños, adultos o ancianos sin recursos económicos o en aquellos que sufren de enfermedades cuya curación sea muy costosa. Por lo tanto, sería conveniente la aplicación de la exención del copago o copagos evitables, como algunos de los que se encuentran ya implantados en varios países europeos.

5. Otra de las premisas para que un mecanismo de copagos pueda tener el efecto esperado, es designar porcentajes o tasas de copagos más altos donde exista una mayor probabilidad de riesgo moral, ya que para conseguir reducir el consumo, debe evitarse dicho riesgo pues éste ayuda a aumentar el consumo. En cambio, el copago ha de ser menor cuanto mayor sea su eficacia o el valor del tratamiento. Esto suele suceder, por lo general, en servicios de atención primaria y las urgencias.

6. Otra consideración a tener en cuenta a la hora de aplicar un copago sanitario eficaz, además de ser consecuente con el objetivo primordial de la reducción del gasto,

es que dicho mecanismo se aplique a demandas de servicios sanitarios elásticas, es decir, lo suficientemente sensible a las variaciones en el precio. Sin embargo, los servicios sanitarios poseen una elasticidad de demanda baja, puesto que no tienen sustitutos, por lo tanto, queda en entredicho la funcionabilidad del copago en los servicios médicos como herramienta para reducir la utilización y el consumo. Una de las medidas para conseguir reducir el gasto y su consumo, sin tener que instaurar el copago, es hacer uso de medicamentos genéricos, los cuales tienen un precio más económico y son equiparables en términos de eficacia. A esto, hay que añadir la individualización de los medicamentos para disminuir su consumo, esto es, en lugar de dispensar una caja entera de medicamentos, solamente consumir las dosis necesarias recetadas por el profesional.

7. Los copagos sanitarios tienen que aplicarse de manera moderada, garantizando en todo momento que los pagos son equitativos para todos los pacientes. Por lo que no debe de establecerse un copago a un solo servicio sanitario, puesto que la demanda de servicios podría sufrir una desviación hacia otro tipo de servicios, lo que conllevaría un mayor coste para el sistema sanitario. Por ejemplo, si se asigna un copago en los servicios de atención primaria, los pacientes dejarán de acudir y frecuentarán otros servicios como pueden ser las urgencias o los médicos especialistas, los cuales supondrán un gasto más elevado, además de afectar de manera negativa al bienestar de los pacientes. Esta es una de las razones por la cual no solamente hay que tener en cuenta la elasticidad-precio de la demanda sino también las elasticidades-precio cruzadas con diferentes servicios sanitarios.

8. También, aparte de implantar copagos para lograr los objetivos ya mencionados en anteriores apartados, uno de los puntos importantes y que no ha sido considerado en varios estudios realizados, es el valor del tiempo de las personas; hay que hacer hincapié en que los ancianos no van a valorar de la misma manera el tiempo que los niños o las personas activas.

Las recomendaciones generales que se extraen para lograr que un copago evite la discriminación y alcance un equilibrio entre la población a la hora del acceso a los servicios sanitarios sin perjudicar gravemente a la salud de los pacientes son:

- Crearse en función de los criterios clínicos, en el coste-efectividad de los tratamientos y servicios sanitarios dejando exentos a los de mayor efectividad y proponiendo un copago para los de menor efectividad.
- Deben existir exenciones de copagos, o en su caso, implementar mecanismos de protección para las personas más vulnerables económicamente, así como para los enfermos crónicos o de larga duración. Esto puede llevarse a cabo mediante una fijación de los ya mencionados límites de contribución mensual o

anual en base a la renta. Así pues, el copago en ningún momento debe empobrecer a los pacientes.

- Deben de instaurarse de una forma moderada y progresiva, nunca con tasas fijas universales.
- El sistema nacional de salud no tiene por qué financiar los tratamientos que no sean eficaces o que su eficacia no haya sido probada, ya que es en esos casos donde debe de introducirse el copago.
- Los copagos se han de implantar en servicios cuya demanda sea elástica, debido a que es en este tipo de demandas donde los servicios son más sensibles a las variaciones en el precio. Aunque generalmente, las demandas de los servicios sanitarios son bastante rígidas y es una tarea difícil obtener al mismo tiempo una reducción del consumo y del gasto.
- Los servicios preventivos, la atención primaria y los programas de vacunación deben de estar exentos de copago sanitario ya que son un servicio que debería estar cubierto de manera universal para toda la población. Además, son servicios que ayudan a mejorar el estado de salud del paciente en un futuro previniendo enfermedades graves que pueden acarrear tanto el empeoramiento de la salud, así como una gran desembolso económico.

En España, es conveniente revisar los tramos del copago sanitario implantado en los medicamentos, ya que solo consta de tres, los cuales están muy separados el uno del otro. Una buena recomendación podría ser diferenciar en mayor medida el tramo de renta que va desde los 18.000 € hasta los 100.000€, puesto que es una gran diferencia entre el mínimo y el máximo. En este sentido, resulta esencial ajustar los porcentajes de copago sobre el P.V.P. en función de la efectividad de los tratamientos, tal y como actualmente lo tiene establecido el país francés.

Todas estas aplicaciones y medidas, aplicadas erróneamente, sin contar con los efectos adversos que pueden generar, podrían tener efectos negativos sobre la población. Por un lado, cabe recalcar, que la aplicación del copago sanitario no debe plantearse entre un extremo u otro, existen medidas las cuales pueden ir designándose moderadamente con el fin de mejorar el sistema sanitario, aunque es cierto que nunca podrá beneficiarse a todos por igual puesto que cada uno posee diferentes necesidades. Por otro lado, no debe convertirse en un problema comercial, sino en la necesidad de búsqueda de un equilibrio social y sanitario para hacer de ello un bien común.

Añadir, que nuestra opinión es que deben existir unos presupuestos suficientes para ofrecer un servicio sanitario público y universal, a través de un sistema mucho más redistributivo que el existente hoy en día y el cual está vigente en el país. Asimismo, en la actualidad, se ha dado una tendencia hacia un sistema sanitario

público más mercantilizado y privatizado, el cual no se adapta a las necesidades de la población, y en el cual se refuerzan cada vez más las entidades privadas. La sanidad pública, es y debe ser un derecho para la sociedad y no para las multinacionales, independientemente de cuál sea el nivel económico de cada individuo, y no ser un privilegio que una parte de la población pueda permitirse.

Asimismo, cabe resaltar el coste que el mecanismo de copago puede generar al sistema sanitario, ya que no solamente genera un coste directo al paciente, sino que su implantación requiere de una infraestructura de pagos y cobros, y una gestión administrativa que el Estado ha de tener en cuenta. Muchas veces se infravalora los costes de gestionar, administrar y controlar este tipo de medidas. Podría darse el caso, si la recaudación del copago fuera baja, que casi absorbiera esta recaudación.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTUNDO PURROY, CARLOS (2005). “La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿un espacio para el sistema europeo de salud?” en Revista de administración sanitaria siglo XXI. Vol. 3. Nº3. Págs. 517-529. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1350974>

ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. (2014). “Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance”. Edición electrónica. pp. 69-72. Disponible en:

[http://www.aes.es/Publicaciones/SNS\\_version\\_completa.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf)

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2012). Real Decreto Ley 16/2012 del 24 de abril de 2012. Nº98 Sec. I Pág.31297. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

CORREAS SOSA, IRENE (2011). “El copago sanitario: ¿un auxilio para el mantenimiento de la sostenibilidad del sistema?” en Derecho y salud. Vol. 21. Nº2. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3819228>

GARICANO, LUIS (2009). “Sanidad” en documentos de trabajo FEDEA y London School of Economics. Disponible en:

<http://www.fedea.net/reformasestructurales/PDF/Sanidadv2.pdf>

GENE BADÍA, JOAN (2013). “Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios” en Diario electrónico El médico interactivo. Disponible en:

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/gestion/copagoap.htm>

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, BEATRIZ *et al* (2016). “Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño” en Fedea Policy Papers 2016/04. Disponible en:

<http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2016/02/FPP2016-04.pdf>

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, BEATRIZ (2007). “¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones.” en La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informe FRC 1. P. 101-122. Disponible en:

<http://www.fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/Capitol%205.pdf?phpMyAdmin=it42avIXAnYjTCZUeVrZLa7kSf8>

MARTÍN GARCÍA, MANUEL (2014). “El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes” en Laboratorio de Alternativas. Documento de trabajo 183/2014. Disponible en:

[http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/ef7422abc5f29333d43b4cfefc2ded8d.pdf](http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/ef7422abc5f29333d43b4cfefc2ded8d.pdf)

MARTÍN, JOSÉ JESÚS; PUIG-JUNOY, JAUME (2005) “¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria?” en Centro de estudios andaluces. Disponible en:  
<https://www.centrodeestudiosandaluces.es/datos/publicaciones/Actualidad06.pdf>

MAS, NURIA; CIRERA, LAIA; VIÑOLAS, GUILLEM, (2011). “Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español”. IESE Business School University of Navarra. Disponible en:  
[http://www.iese.edu/en/files/DI-0939\\_02.2012\\_tcm4-72225.pdf](http://www.iese.edu/en/files/DI-0939_02.2012_tcm4-72225.pdf)

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013) “Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013”. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf)

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013) “Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud en el siglo XXI”. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist\\_san.UE.XXI.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf)

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2014). “Estadística de gasto sanitario público 2014”. Edición mayo 2016. Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2014) “Gasto sanitario público según criterio de devengo: gasto real” Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

OLIVA, JUAN; PEIRÓ, SALVADOR; PUIG-JUNOY, JAUME (2013). “Horizontes de cambio en el sistema nacional de salud: Agenda para una reforma sanitaria ordenada” en Colegio de economistas de Madrid, Economía de la Salud Nº136. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/profile/Salvador\\_Peiro/publication/243687681\\_Horizontes\\_de\\_cambio\\_en\\_el\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_agenda\\_para\\_una\\_reforma\\_sanitaria\\_ordenada/links/0deec51d1a9b2c2dee000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Peiro/publication/243687681_Horizontes_de_cambio_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud_agenda_para_una_reforma_sanitaria_ordenada/links/0deec51d1a9b2c2dee000000.pdf)

PUIG-JUNOY, JAUME (2001). “Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y por qué” en Hacienda pública Española (en prensa). Disponible en:  
<http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2001/Copagos.pdf>

PUIG-JUNOY, JAUME (2007). “La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencias y recomendaciones” en La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informe FRC Núm. 1. Págs. 123-160. Disponible en:

<http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2007/informesfrc1.PDF>

PUIG-JUNOY, JAUME; RODRÍGUEZ, MARISOL (2012). “Por qué no hay que temer al copago” en Gaceta Sanitaria. 2012 Vol. 26 (1) pp. 78-79. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piitem=S0213911111003591&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoItem=S300&idiomaItem=es>

RODRÍGUEZ, MARISOL (2007). “Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad” en La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informe FRC Núm. 1. P. 79-100. Disponible en:

<http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2007/informesfrc1.PDF>

SÁNCHEZ BAYLE, MARCIANO; S. LLOPIS, ELVIRA; PALOMO, LUIS (2011). “Copago sanitario: ¿eficacia, eficiencia o negocio?” en *Informes de la fundación*. Fundación 1º de Mayo. Disponible en:

<http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Informe44.pdf>

TEXTO DE LA PROPOSICIÓN PARLAMENTARIA (1990). Serie D. Núm. 13 Disponible en:

[http://www.consorci.org/media/upload/pdf/docs\\_norm/resumen\\_informe\\_abril.pdf](http://www.consorci.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf)

URBANOS GARRIDO, ROSA MARÍA (1999). “Consideraciones teóricas sobre la intervención del sector público en sanidad y su articulación real en España: Una reflexión sobre las cuestiones distributivas”. Documentos de trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Nº12. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2080975>

URBANOS GARRIDO, ROSA MARIA (2012). “Sistema sanitario, salud y sostenibilidad”. Fundación Ideas. Documentos de Debate. Madrid.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=572478>