

Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad

Marisol Rodríguez

Centre de Recerca en Economia del Benestar Universitat de Barcelona

79

1. Introducción

La sanidad es quizá el servicio público que más valoran y más preocupa a los ciudadanos. Y la escalada del gasto sanitario, uno de los capítulos presupuestarios que más inquieta a los gobiernos. Así las cosas, no es de extrañar que las propuestas de copagos sean seguramente el tema más controvertido dentro del debate sanitario. En España, la cuestión es casi tabú. Recordemos que a principios de los años noventa, el trabajo de la Comisión Abril y sus bien argumentadas propuestas para cambiar y modernizar el sistema sanitario español se vio oscurecido y casi arrinconado, precisamente, por la polémica que levantó su sugerencia de cobrar al menos una cantidad simbólica a los pensionistas por sus recetas. El mismo hecho de que el porcentaje y las condiciones de copago de los medicamentos no hayan variado en los últimos 26 años, ya es un indicador de la dificultad del debate y la tremenda resistencia a modificar el statu quo. Ningún gobierno se ha atrevido a hacerlo, ni a extender los copagos a otros servicios sanitarios, más allá de los medicamentos. De ahí que toda la evidencia empírica que podemos aportar sobre el impacto de los copagos en atención médica (sin incluir los medicamentos) proceda del extranjero.

Como ya se ha visto en otro capítulo, los copagos por atención médica (visitas y hospitalizaciones, fundamentalmente) existen en numerosos países europeos; más en aquellos con sistemas sanitarios tipo Bismark (basados en las contribuciones a la Seguridad Social) que en los de tipo Beveridge o Sistemas Nacionales de Salud (financiados mediante impuestos). Y son todavía más habituales en los sistemas basados en los seguros privados, como el de Estados Unidos. Al suponer la aparición de un precio (por encima de los impuestos, las cotizaciones o las primas pagadas) lo que se espera de los copagos es que actúen desalentando una parte de la demanda

de servicios sanitarios, en concreto, aquella parte con menor valor para el individuo. Obsérvese que, de ser así, aumentaría la eficiencia microeconómica –los servicios consumidos por unidad de coste serían los más efectivos– y también la eficiencia macroeconómica, pues con ello se lograría contener el crecimiento del gasto sanitario global. Además, se trasladaría una parte del peso del gasto sanitario desde el presupuesto público directamente al bolsillo de los pacientes. Este argumento recaudatorio puede ser importante en países con instituciones y sistemas fiscales débiles, donde otras formas de recaudar fondos para sostener el sistema sanitario son, a veces, políticamente inviables.

1.1. Eficacia y efectos adversos

A la vista de lo anterior, surgen dos cuestiones: primera, de qué depende que realmente se logre el objetivo de eficiencia antes mencionado y, segunda, qué efectos adversos pueden tener los copagos. Respondiendo a la primera cuestión, hemos de recordar que la eficacia de los mecanismos de copago depende básicamente de que la demanda de los servicios sanitarios a los que se aplica el copago sea elástica. Es decir, que la demanda sea suficientemente sensible a las variaciones en el precio. Por el contrario, si la demanda es inelástica, ante una determinada variación porcentual en el precio del servicio, la cantidad demandada apenas cambiará y se frustrará la esperada reducción en el gasto –aunque sí que se conseguirá el objetivo recaudatorio, si es que éste era una de las finalidades del copago. Dado que en general los cuidados médicos tienen una elasticidad de demanda relativamente baja (la reacción de la demanda nunca es proporcional a la variación en el precio, sino que suele quedarse bastante por debajo), es de esperar que la eficacia de los copagos como instrumento para desincentivar la utilización y consumo de los mismos sea reducida.

Una de las razones por las que la elasticidad de la demanda es relativamente baja es porque los servicios médicos no tienen buenos sustitutos y, en general, no se pueden dejar de consumir ni pueden ser reemplazados por otros bienes o servicios aunque suba su precio. Otro motivo para la escasa reacción por parte del consumidor/paciente es que la demanda de atención sanitaria es, en gran parte, una demanda inducida por el médico. El usuario de servicios sanitarios no es un cliente o comprador típico –informado– que escoge qué y cuánto comprar, sino que es el médico –quien tiene mucha más información sobre el diagnóstico y los posibles tratamientos que el propio paciente– el que decide su demanda de servicios. Si este es el caso, las

medidas de participación de costes dirigidas al usuario son ineficaces, sobre todo, si el médico tiene intereses financieros directos que interfieren en la decisión. En estas circunstancias, si se quiere variar la cantidad consumida, es mejor actuar sobre el proveedor.

Las consecuencias no son mejores cuando sí que hay una cierta posibilidad de sustitución. En efecto, cargar en el usuario una parte del coste de un servicio puede causar, como reacción, el aumento de la demanda de otro que sea más o menos buen sustituto. Por ejemplo, un copago (aumento del precio) en las visitas extrahospitalarias es probable que provoque una cierta desviación de la demanda hacia la asistencia hospitalaria, directamente, o indirectamente, como consecuencia de la agravación de una dolencia cuya consulta se vio “desanimada” por la existencia del copago extrahospitalario. De esta forma, la medida puede tener un efecto global contrario al buscado, que aumenta el gasto sanitario total al ser la asistencia hospitalaria más cara. Finalmente, otra cuestión importante es si esa elasticidad relativamente baja es estable en el tiempo o tiende a disminuir. Es posible que el efecto disuasorio sobre la demanda no se mantenga a largo plazo, cuando la gente se acostumbra al nuevo precio.

De todas formas, el resultado adverso que más preocupa en el debate sanitario es sobre la equidad; equidad tanto en el acceso como en la financiación. Equidad en el acceso a los servicios sanitarios significa que todo el mundo obtenga el mismo tratamiento para la misma necesidad, independientemente del nivel de renta. Esta condición puede ser violada si el efecto disuasorio del copago sobre la demanda es mayor para los pobres que para los ricos, es decir, si aquellos tienen una elasticidad de demanda mayor que estos. No obstante, hay que señalar que la preocupación por la falta de equidad en el acceso no tiene por qué ser igual para todos los tratamientos o enfermedades, depende de la gravedad de estas y de si las preferencias de los individuos (o lo que es lo mismo, su disponibilidad a pagar por el tratamiento para evitar la enfermedad) son iguales para todos ellos o no.

Por su parte, la equidad en la financiación requiere que los diferentes pagos para financiar la sanidad se hagan de acuerdo a la capacidad de pago de cada individuo, es decir, que cada cual contribuya proporcionalmente a su nivel de renta (o más que proporcionalmente, en cuyo caso la financiación sería progresiva). En el caso de los copagos, la condición de equidad en la financiación no se cumplirá si el peso relativo de la carga es superior para los pobres que para los ricos. Ahora bien,

con ser ello importante, se debe subrayar que la pregunta clave puede que no sea esa, sino si los copagos son o no más inequitativos que otras formas alternativas de financiar la sanidad.

Finalmente, un último argumento en contra de los copagos es que estos no tienen capacidad discriminatoria entre servicios o tratamientos altamente efectivos y servicios o tratamientos de efectividad dudosa u ocasional. Ni los usuarios tienen suficiente información para discriminar entre ambos y renunciar a los menos efectivos, ni a menudo los propios médicos son capaces de hacerlo, como veremos al repasar la evidencia empírica. Si esto fuera así, una de las supuestas ventajas de los copagos, a saber, que estos pueden redundar en una mayor eficiencia microeconómica al concentrar el gasto en los servicios más efectivos, puede verse anulada.

82

2. Evidencia empírica

Como hemos mencionado en la introducción, no existen copagos para la asistencia médica en el sistema sanitario español: ni para las visitas médicas, ni para las pruebas diagnósticas, ni para las hospitalizaciones. Por ello, la evidencia que podemos aportar para el debate procede de las estimaciones realizadas en países donde estos sí que se aplican. Dividiremos la información entre la relativa a la experiencia norteamericana (cuyo sistema sanitario está basado fundamentalmente en los seguros privados) y la que aporta la casuística europea, con sistemas públicos financiados primordialmente bien por impuestos, bien por cotizaciones sociales a la Seguridad Social.

2.1. El caso de Estados Unidos: El experimento de la Rand

En los años sesenta y setenta se realizaron en Norteamérica numerosos estudios sobre la demanda sanitaria con el fin de estimar su elasticidad. Los resultados confirmaron la teoría y revelaron que la elasticidad de demanda es, en general, muy baja. Con respecto a la duración de la estancia hospitalaria la elasticidad estaba entre -0,2 y -0,7. Para los ingresos hospitalarios variaba entre -0,03 y -0,5 y para las consultas médicas dicha elasticidad se movía entre -0,1 y -0,2. Como vemos, siempre muy por debajo de la unidad. Lo que significa que la cantidad demandada reacciona mucho menos que proporcionalmente ante variaciones en el precio monetario (por ejemplo, en el caso de las consultas médicas, el resultado indica que ante un incremento del

precio, digamos de un 10%, la utilización de consultas se reduce sólo entre un 1 y un 2 por ciento).

No obstante estos resultados, permanecían muchas dudas e incógnitas con respecto al papel del precio en la demanda de servicios de salud y, en especial, la reacción del consumo ante diferentes condiciones de participación del usuario en el aseguramiento sanitario. Algunas de estas cuestiones eran: ¿es la elasticidad de los pobres mayor que la de los ricos?, ¿cuál es la elasticidad de los diferentes servicios concretos por separado?, ¿cuáles son las elasticidades de subgrupos específicos de la población, como por ejemplo los niños?, ¿es la elasticidad de los bienes o servicios más “superfluos” mayor que la de los más “necesarios”?

83

Para contestar estas preguntas la Corporación Rand financió el experimento diseñado más completo, caro y famoso de la historia de la economía de la salud: el *Health Insurance Experiment*, llevado a cabo entre 1975 y 1982, al frente del cual estaba el economista de la universidad de Harvard, Joseph Newhouse. El diseño del experimento incluía 2.756 familias asignadas aleatoriamente a uno de entre cinco planes de seguro médico. Entre dichos planes, había uno que no contemplaba ninguna tasa de copago por parte del usuario, es decir, el equivalente a un sistema universal público de salud, otro en el que el copago sólo afectaba a la asistencia extrahospitalaria pero no a la hospitalaria y otro en el que la tasa de participación del usuario se situaba en el 95% de los gastos. Para todos los planes había un techo, bien de 1.000 dólares por familia al año, o bien el 5, 10 o 15 por ciento de la renta, lo que fuese menor. Las familias pertenecían a seis localizaciones geográficas diferentes de EEUU y la duración del experimento fue de 3 o 5 años, según las familias. Dos críticas importantes al diseño: el experimento no incluía a familias cuya cabeza fuera una persona mayor de 65 años, incapacitada o inválida, y el número de familias “pobres” asignadas al plan gratuito era proporcionalmente el doble que en los otros planes. Ambos sesgos suscitan dudas razonables sobre cómo se habrían modificado los resultados en caso de no existir estos problemas.

El estudio pretendía demostrar que los individuos y familias asignadas a los planes de seguros con copagos tenían una utilización y unos gastos sanitarios sensiblemente inferiores a los de los individuos y familias asignados al plan de seguro gratuito, sin participación del usuario en el coste. O sea, la pretensión era demostrar que la demanda de servicios es bastante elástica con respecto al precio. Si además la salud de la población no se veía afectada por el tipo de plan al que estaban

asignados, la conclusión que se podía sacar era que se puede limitar la utilización y el gasto en salud sin disminuir gravemente el nivel de salud de la población. Para ello, sólo es necesario introducir copagos que desestimulen la demanda “superflua” de servicios. De paso, se demostraría que no era pertinente crear un sistema nacional de seguro obligatorio, cuestión que aparece recurrentemente en los debates sobre política sanitaria en Estados Unidos. Un seguro obligatorio, gratuito en el punto de consumo, sólo conseguiría aumentar la utilización más allá de la que los individuos harían si no estuvieran plenamente asegurados, provocando despilfarro de recursos, sin mejorar sensiblemente la salud de la población.

Las publicaciones resultantes del experimento fueron numerosísimas –y aún ahora se hace algún estudio empleando aquellos datos. Seguramente, más de un centenar. Para compendiar tanta información, Newhouse y su equipo publicaron, en 1993, un libro que resumía lo esencial de la metodología y resultados del experimento. El título es muy explícito: *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment* [“¿Gratis para todos? Lecciones del Experimento de Seguro Sanitario de la RAND”].

Las *Tablas 1, 2 y 3* muestran los principales resultados del experimento. Teniendo en cuenta la información de estas tablas más los resultados de algunos de los múltiples estudios publicados, las conclusiones y respuestas a las preguntas que pretendía resolver el estudio se pueden resumir así:

Porcentaje de Copago	Visitas	Gasto en visitas extrahosp. (\$ 1984)	Admisiones por 1.000 habitantes	Gasto hospitalario (\$ 1984)	Probab. de recibir cualquier atención médica	Probab. de hospitaliz.	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

1. El precio –y los mecanismos de participación en costes– tienen un efecto claro de reducción del consumo médico, medido tanto en unidades físicas como en unidades de gasto, tal como muestra la *Tabla 1*. Los individuos asignados al plan

gratuito utilizaban más servicios y ocasionaban más gasto que los individuos encuadrados en los otros planes. La reducción en el consumo es, como se puede observar, progresiva a medida que aumenta el porcentaje de participación a cargo del usuario, con una ligera excepción en el caso de la probabilidad de hospitalización. De hecho, la *Tabla 2* muestra que la elasticidad es mayor cuanto mayor es el nivel de copago. O sea, la reducción inducida en el consumo es proporcionalmente más elevada cuanto más alto es el precio. Por ejemplo, si comparamos el plan gratuito con el que tenía un 95% de copago se observa que: a) los individuos pertenecientes al plan gratuito hacían un 66% más visitas y ocasionaban un 67% más gasto extrahospitalario; b) la diferencia entre estos dos extremos en el número de admisiones por 1.000 habitantes, en la probabilidad de hospitalización y la cuantía del gasto hospitalario fue en los tres casos del 30%; c) la probabilidad de recibir cualquier tipo de atención resultó ser un 28% más alta para los individuos del plan gratuito; en conjunto, los gastos totales medios ajustados por edad eran un 39% superiores en el caso de los individuos asignados al plan gratuito.

85

2. **Sí que se observan diferencias de elasticidad entre servicios** (Tabla 2). Los que muestran las elasticidades más altas son los servicios dentales y las pruebas y visitas de tipo preventivo. Los servicios de agudos son de demanda más elástica que los de crónicos y el tipo de servicio con la elasticidad más baja es, naturalmente, las hospitalizaciones. Con todo, cuando se agrupan en dos los diferentes tipos de planes, las elasticidades no son muy elevadas. En realidad, son muy similares a las halladas en los estudios de las décadas anteriores.

Porcentaje de copago	Servicios agudos	Servicios crónicos	Servicios preventivos	Total de servicios extrahospitalarios	Servicios hospitalarios	Total de servicios médicos	Servicios dentales
0 - 25%	-0.16	-0.20	-0.14	-0.17	-0.17	-0.17	-0.12
25 - 95%	-0.32	-0.23	-0.43	-0.31	-0.14	-0.22	-0.39

3. Por otro lado, **la elasticidad de demanda demostró ser mayor en el caso de los pobres**. Es lógico, ante un aumento del precio, su consumo se reduce más que el de

los ricos. Como se puede observar en la *Tabla 3*, fijando la probabilidad de recibir atención para condiciones en las que esta es altamente efectiva igual a 100 para los individuos del plan gratuito, los pobres asignados a planes con copagos ven reducida mucho más dicha probabilidad que los ricos asignados a esos mismos planes. Y hay que subrayar que el impacto negativo del copago es incluso mayor para los niños que para los adultos.

86

Tabla 3. Probabilidad de recibir atención para condiciones en la que esta es altamente efectiva. RAND

	Plan Gratuito	Planes con copagos
Niños		
Pobres	100	56
No pobres	100	85
Adultos		
Pobres	100	59
No pobres	100	71

4. Por lo que respecta al **impacto sobre la salud (utilizando la mortalidad como indicador)**, la conclusión fue que apenas hay diferencias en el impacto sobre la salud entre los grupos asignados a alguno de los planes con copago y el grupo asignado al plan gratuito. En todo caso, los pobres con alto riesgo se benefician solamente en una pequeña medida del hecho de recibir asistencia gratuita, y este beneficio se deriva de la mejora en la visión y el control de la presión sanguínea. Pero, según los autores, estas reducciones de mortalidad no son en sí mismas suficientes para justificar una asistencia gratuita para todos los adultos. No se pudo extraer ninguna conclusión sobre el impacto en la salud de los individuos de renta más alta. En un alarde de argumentación, los autores apuntan como una de las razones para esta falta de diferencias significativas que la atención gratuita puede producir, además de efectos beneficiosos para ciertas condiciones para las que la medicina tiene intervenciones efectivas, efectos negativos –iatrogénicos– en los casos de utilización innecesaria o inapropiada, que neutralizarían los primeros.

En este punto seguramente es pertinente recordar que el objetivo del sistema de salud no es solamente “curar”, sino también “cuidar”: disminuir la incertidumbre y la ansiedad, evitar el dolor y, eventualmente, ayudar a morir. Los beneficios derivados

de esta función de cuidar no deberían ser ignorados a la hora de evaluar el “rendimiento” de un sistema de salud gratuito para todos. Las investigaciones del propio Newhouse –junto con McClellan y Cutler– están dirigidas actualmente, por otra parte, a demostrar el impacto positivo de la atención médica sobre la salud, destacando no sólo las disminuciones de mortalidad, sino sobre todo las mejoras en la calidad de vida que se pueden conseguir con el gasto sanitario.

87

5. El copago no discrimina adecuadamente entre consumo banal y de baja efectividad y consumo altamente efectivo. Uno de los resultados más inquietantes del estudio fue que el efecto disuasorio del copago sobre la utilización de servicios o procedimientos altamente efectivos y sobre servicios menos necesarios o para los que la eficacia es solamente ocasional *era similar*. El número de ingresos inapropiados –que podrían haberse evitado con asistencia ambulatoria– y de días de estancia injustificados resultó ser muy parecido en todos los planes. Lo que lleva a la conclusión que el aumento de precio soportado por el usuario no conduce a este a seleccionar apropiadamente para qué problemas de salud buscar atención médica y para cuáles no. Concretamente, en uno de los trabajos publicados, se menciona que la reducción del consumo de medicamentos esenciales –como por ejemplo, la insulina– era casi tan importante como la reducción en otras medicinas menos efectivas.

6. La elasticidad es más alta para los servicios que dependen fundamentalmente de decisiones del paciente que para decisiones que dependen sobre todo del médico. Así, se vio que el porcentaje de copago no hacía variar necesariamente la utilización de servicios extrahospitalarios *por episodio*, pero sí que influía grandemente en el *número de episodios* para los que se buscaba atención.

No se hicieron análisis de equidad específicos pero, por el lado del acceso, queda claro que los pobres tenían menos probabilidad de uso de servicios que los más ricos. Por el lado de la financiación, es difícil emitir ningún juicio, pues no se ofrecieron datos; en todo caso, el hecho de que el techo de 1.000 dólares fuera igual para todos indica que esta no era una preocupación de los autores del estudio.

2.2. Evidencia europea

88 La evidencia que se muestra en esta sección procede de un informe reciente elaborado por Sarah Thomson, Elias Mossialos y Nadia Jemai, de la London School of Economics, con la colaboración de investigadores de todos los países de la Unión Europea-15. Lo primero que hay que señalar es que la información sobre el impacto de los copagos en Europa es muy fragmentaria, tanto en calidad como en cantidad. En parte, porque solamente hay copagos para la asistencia médica en algunos de los países (aunque sí que los hay, en general, para los medicamentos) y, en parte, porque se han hecho pocos estudios sobre el tema, y los que se han hecho abordan sólo cuestiones parciales. Por otra parte, los trabajos que existen son de naturaleza observacional, lo que permite extraer unas conclusiones mucho menos robustas y completas que los estudios de diseño experimental, como el de la Rand (la razón es que, en los estudios observacionales, uno observa la realidad tal cual es antes y después de un determinado cambio o medida; el problema es que ese *después* puede estar causado enteramente por el cambio adoptado o deberse también a otros cambios o medidas no fácilmente medibles o controlables. Los estudios experimentales se dan en condiciones de "laboratorio", donde los otros posibles cambios son expresamente controlados).

Mediante una revisión de la literatura existente, el informe pretendía suplir esa falta de sistemática intentando cubrir toda la problemática que suponen los copagos respondiendo a diversas preguntas relativas a:

La utilización

- ¿Disminuyen los copagos en la utilización de los servicios sanitarios?
- ¿Se reduce por igual la demanda de todos los servicios, los efectivos y los no tan efectivos?
- ¿Hay sustitución de unos servicios por otros?

El gasto:

- ¿Contribuyen los copagos a contener el gasto sanitario?
- ¿Son una fuente importante de recaudación de dinero para el sector sanitario?

La equidad:

- ¿Afectan los copagos a la equidad en la financiación de los servicios?
- ¿Distorsionan los copagos el acceso a los servicios sanitarios de unos grupos más que otros?
- ¿Existen mecanismos para salvaguardar la equidad?

89

Sobre la utilización

Destacamos, en primer lugar, que los resultados de los estudios revisados en dicho informe no son concluyentes. En general, se confirma que los copagos sí que tienen un impacto negativo sobre la utilización de servicios, pero en algún caso el impacto hallado parece ser insignificante. Por ejemplo, hay dos estudios belgas que analizan el efecto de un incremento en la tasa de copago de tres tipos de consultas médicas, realizados en enero de 1994 y, así como uno de ellos encuentra unas elasticidades similares a las del estudio de la Rand (entre $-0,39$ y $-0,28$ para las visitas al médico general y $-0,10$ para las visitas a especialistas), el otro argumenta que, una vez tenidos en cuenta ciertos efectos de sustitución, las elasticidades descienden mucho, con lo que las ganancias de eficiencia son mínimas. Por su parte, un estudio sueco halla que la decisión de eximir a los niños y adolescentes (hasta los 20 años) del copago existente en la atención primaria tuvo como consecuencia el aumento de las visitas por parte de estos. En uno de los condados, el incremento fue del 37%, sobre todo para visitas por afecciones en las vías respiratorias altas. Sin embargo, un estudio holandés que investigó el impacto de la introducción de un copago para las consultas externas de los especialistas, que requieren aprobación previa por parte de un médico general, encontró que la utilización apenas varió y el copago, únicamente, tuvo el efecto de trasladar costes del sector público al bolsillo privado –esta falta de reacción no es de extrañar, pues como ya vimos, la elasticidad es muy baja para servicios que no dependen de la decisión del paciente. Otro estudio holandés que estudió el comportamiento de los copagos para un amplio espectro de servicios concluyó que, una vez controlados por edad, renta y estado de salud, la utilización de servicios por parte de dos grupos de población, uno sometido a copagos y otro no, era prácticamente igual. Sin embargo, con los mismos grupos de población, se encontró que las franquicias (“deductibles”) sí que tenían un efecto disuasorio sobre la utilización y el gasto en varios servicios médicos.

En algunos países (fundamentalmente Francia y Holanda) donde abundan los copagos, existen pólizas de seguro complementarias cuya finalidad es, precisamente, cubrir los gastos originados por dichos copagos. Una forma indirecta, entonces, de estimar el efecto de los copagos es comparar la utilización de servicios por parte de los individuos que han contratado un seguro complementario con la de los que no lo han hecho. El principal resultado de estos estudios es que, manteniendo todo lo demás igual, las personas cubiertas con un seguro complementario utilizan más los servicios sanitarios ambulatorios que las que no están cubiertas. Para los servicios hospitalarios, no se suelen encontrar diferencias de utilización, aunque, en algún caso, sí. Por otra parte, se observa alguna evidencia de sustitución de servicios hospitalarios (sin copagos o con menores copagos) por servicios ambulatorios por parte de los que no tienen seguro.

La capacidad de utilizar los copagos como incentivos para variar el patrón de utilización de servicios ha sido analizada en algunos estudios. Por ejemplo, el condado de Malmoe (Suecia) redujo, en 1996, el copago para las visitas al médico general de 100 a 60 coronas y aumentó el de las visitas a especialistas de 150 a 160 coronas con el objetivo de reconducir a algunos pacientes desde las consultas de especialistas hacia la atención primaria. El resultado fue un descenso del 9% en las visitas a especialistas y un aumento de las consultas de atención primaria de un 1%.

Hay, también, un interesante estudio francés que destaca el papel del tiempo como precio o barrera en el consumo de servicios sanitarios y su interacción con el precio monetario. En él se analiza la introducción de un copago de un 10% para las visitas médicas en un grupo determinado de población y se compara con otro donde esto no ocurrió. El resultado, después de un año, fue que las visitas realizadas en el consultorio del médico apenas variaron, pero las visitas a domicilio sí que experimentaron un descenso significativo. La explicación de este fenómeno sería la siguiente: en el caso de las visitas en el consultorio, un aumento del precio monetario de un 10% es muy poco importante en comparación con el precio-tiempo que supone acudir a la consulta y la posible espera una vez en ella, y, por eso, los individuos son poco sensibles a ese pequeño aumento en el precio monetario. Sin embargo, en el caso de las visitas en el domicilio del paciente, el tiempo cuenta menos para este, mientras que la variación en el precio monetario resalta proporcionalmente más, y, por eso, los individuos reaccionan disminuyendo este tipo de visitas y no las otras.

Un área específica sobre la que ha habido bastantes propuestas y debate en España son las visitas a **urgencias**, debido a la masificación existente y la percepción de que es ahí donde hay una mayor utilización inapropiada. En el informe de Thomson, Mossialos y Jemiai, se recogen experiencias de tres países. Uno de ellos es Finlandia, donde se introdujo un copago modesto para las visitas a urgencias de una unidad de traumatología pediátrica a principios de los años 90. Basándose en los registros de un hospital, un estudio encontró que las visitas descendieron entre un 18% (para niños más pequeños) y un 27% (para los niños más mayores). El descenso afectó tanto a visitas por problemas serios como leves, y era independiente del nivel socioeconómico. De igual forma, un estudio danés de 1986 encontró que la participación en el coste de las visitas de los médicos de urgencias desestimulaban tanto el uso apropiado como el inapropiado. En un estudio irlandés, también se halló que las visitas a urgencias disminuyeron con la introducción de un copago, pero que este también afectó a las visitas “apropiadas” a los médicos generales, lo que tuvo efectos adversos sobre el control de la presión arterial y la supervivencia de pacientes de alto riesgo. Finalmente, dos estudios realizados en Portugal para observar si el impacto disuasorio del copago en las urgencias se mantenía a largo plazo hallaron que después de un primer efecto de reducción, las visitas volvían a aumentar al cabo de poco tiempo –un año, aproximadamente.

Los **servicios preventivos** son también un área de especial interés porque, en teoría, podrían ser objeto prioritario de los copagos al ser servicios de elevada elasticidad. Sin embargo, algunos son también muy coste-efectivos, lo que a su vez desaconsejaría los copagos. Un estudio danés de comienzo de los años 90 encontró que la tasa de cumplimiento de exámenes preventivos para enfermedades del corazón era del 66% cuando el servicio era gratuito, pero sólo del 37% cuando había un copago de unos 30 euros. Más aún, los que pagaban por el examen eran precisamente los que tenían menor riesgo; y los que tenían más riesgo de desarrollar este tipo de enfermedades y, por tanto, más necesidad de servicios preventivos, eran los menos dispuestos a pagar por ellos. Otro estudio danés que estudió el impacto de los copagos para la vacuna contra la gripe halló que estos son bastante disuasorios en el caso de pacientes ancianos, a pesar de que dicha vacuna es muy coste-efectiva.

Sobre el gasto

92

La evidencia disponible sugiere que los copagos no tienen ninguna capacidad para contener el gasto sanitario, sobre todo el gasto global a largo plazo. Es posible que se pueda reducir el crecimiento del gasto en un área concreta y durante un corto espacio de tiempo, pero teniendo en cuenta la sustitución de unos servicios por otros (a veces más caros), lo poco duradero de su impacto disuasorio y la posibilidad de contratar seguros complementarios para cubrir los copagos, el gasto sanitario total a largo plazo se ha mostrado absolutamente resistente a las medidas de coparticipación en costes. En todo caso, las franquicias serían la fórmula de participación en costes con una cierta capacidad de reducir el gasto total, según uno de los estudios holandeses antes comentado. La razón, en última instancia, estriba en que el gasto sanitario está determinado fundamentalmente por el lado de la oferta, y no de la demanda. Otra cosa es que se produzcan reajustes en la proporción pública y privada de dicho gasto. Además, cuando los copagos afectan a los ingresos de los proveedores, estos pueden reaccionar incrementando la prescripción de servicios no sujetos al copago o con copagos más bajos, o también incrementando el tratamiento prescrito a pacientes exentos del copago.

Respecto de la cuestión de si los copagos pueden ser una fuente importante de recaudación de fondos para el sector sanitario, hay que tener en cuenta que ello depende de dos cosas: de la insensibilidad (elasticidad baja) de los usuarios al precio del servicio y de los costes de administrar el sistema de copago y las posibles exenciones. En efecto, para que la política de participación en costes sea efectiva como método de recaudación es necesario que esta se aplique a servicios de baja elasticidad de demanda (la cantidad consumida apenas varía cuando varía el precio), tales como los tratamientos y visitas prescritas por un profesional (por ejemplo, la derivación a especialistas o la atención hospitalaria). Sin embargo, como estas medidas pueden originar serios problemas de equidad, suelen ir acompañadas por un, a menudo, complejo sistema de exenciones de ciertos grupos de población, lo cual puede resultar muy costoso de implementar y administrar. Por eso, hay bastante evidencia empírica procedente de Holanda, Portugal, Grecia, Gran Bretaña, Finlandia, etc., que apoya la hipótesis de que los costes de implementación y administración de los copagos reducen enormemente (hasta llegar a neutralizar, a veces) la capacidad recaudatoria de los mismos.

Sobre la equidad

El grado de equidad en la financiación se puede estimar comparando la distribución de la renta entre la población con la distribución de los pagos para financiar la sanidad en esa misma población. Un equipo internacional de economistas (el grupo ECuity), liderado por A. Wagstaff y E. Van Doorslaer encontraron que los pagos efectuados directamente del bolsillo de los pacientes (en visitas, medicamentos, hospitalizaciones, dentistas, pruebas diagnósticas, etc., más todos los posibles copagos existentes en los anteriores servicios) eran regresivos en los 13 países analizados, incluido España. Es decir, los pobres contribuían proporcionalmente más que los ricos. Además, los copagos suelen constituir una proporción relativamente más alta de los pagos directos en el caso de los pobres que en el de los ricos –hay, por ejemplo, un estudio francés que así lo estima.

93

Por otra parte, es interesante resaltar que esta regresividad puede verse acentuada o disminuida dependiendo del trato fiscal que tengan estos pagos directos en cada país. Por ejemplo, en Finlandia, se estimó que el aumento de los copagos entre 1990 y 1994 fue regresivo, pero como dicho aumento de los copagos había sido compensado por la abolición del subsidio fiscal a los gastos directos por enfermedad, el grado de regresividad de los pagos directos se había mantenido constante. En España, la deducción fiscal por gastos de enfermedad también era regresiva a principios de los años 90. Puesto que dicha deducción se abolió en 1999, la regresividad global de los pagos directos seguramente disminuyó, aunque es difícil decir cómo afectó a los únicos copagos existentes en nuestro sistema, los copagos por medicamentos.

Además de analizar la distribución de la carga financiera de los copagos por niveles de renta, es posible también examinar dicha carga según el grado de utilización de los servicios sanitarios en diferentes grupos de población. Dada la propia naturaleza de los copagos, es obvio que cuanto más utilizas, más pagas (aunque en algunos países existe un techo para estos pagos); por lo tanto, los copagos recaen proporcionalmente más en los grandes utilizadores del sistema sanitario. Principalmente, los ancianos y, en menor medida, las mujeres. Según un estudio belga en 2001, los hogares gastaban una media de 110 euros al mes en atención sanitaria (la mayoría, copagos por servicios recibidos); pues bien, los hogares más jóvenes gastaban sólo 38 euros y los más mayores 144 euros, lo que representaba un 14% del presupuesto de dichos hogares, comparado con un 8% en los hogares en general. Y un estudio austriaco que estimó la carga financiera que suponían, para los

hombres y las mujeres, los copagos por visitas al médico halló que la cantidad media pagada por las mujeres con un nivel de renta medio era un 90% mayor que la cantidad pagada por los hombres de su mismo nivel de renta. Teniendo, también, en cuenta la edad, las mujeres mayores de 65 años eran las más afectadas por los copagos.

94 También hay bastante evidencia variada sobre la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios a consecuencia de los copagos. Podemos señalar tres estudios, uno francés, uno belga y uno sueco, que ilustran que algunos individuos situados en los escalones inferiores de renta dejan de utilizar algún tipo de servicio sanitario por problemas financieros para afrontar los copagos. Según el estudio francés, antes de 2000 (cuando se introdujo el seguro complementario universal, CMU), el 15% de la población francesa afirmaba haber dejado de utilizar atención sanitaria (sobre todo servicios dentales, gafas y visitas a especialistas, que son los que soportan mayores copagos) por razones financieras. Según el estudio belga, un 19% de los hogares en el nivel más bajo de renta declararon haber dejado de consumir algún servicio sanitario, comparado con sólo un 3% en el grupo de renta más alto. Y una encuesta a ciudadanos de Estocolmo halló que la no búsqueda de atención primaria en casos necesarios estaba altamente correlacionada con el estatus socioeconómico. La participación en el coste de las visitas a los médicos generales aumentó entre 1975 y 1995 tres veces más que el índice general de precios. Más del 50% de los que se autclasificaron como pobres declararon que habían renunciado a visitarse al menos una vez durante el año anterior, comparado con un 22% de promedio en la muestra. Los desempleados, los estudiantes, las madres solteras y los inmigrantes estaban sobrerrepresentados entre los pobres. Los que renunciaron a recibir atención tenían peor estado de salud percibido, más enfermedades crónicas y más discapacidad que los que no renunciaron.

Finalmente, aunque apenas hay estudios acerca de si los mecanismos existentes (exenciones, techos máximos, etc.) para salvaguardar la equidad cumplen con su objetivo, la impresión es que sí que pueden contribuir a paliar las barreras en el acceso. En el caso de Francia, hay un estudio que confirma que la posibilidad de tener un seguro privado complementario restaura el nivel de acceso haciéndolo comparable entre pobres y ricos.

3. Un caso extremo: el copago del 100% en la atención dental en España

Antes de hablar de la atención dental es conveniente hacer una reflexión general. Puesto que los copagos son una de las variantes de gasto sanitario privado, es importante situar estos en el contexto de los gastos sanitarios privados en general. Tener un nivel bajo de copagos, como es el caso de España, no tiene porqué significar que los españoles seamos de los europeos que menos contribuimos directamente de nuestro bolsillo a la financiación de la sanidad. De hecho, nuestro porcentaje de gasto sanitario privado sobre gasto sanitario total es de los más elevados de la Unión Europea-15, donde solamente somos superados por Grecia, Holanda, Austria, Bélgica y Portugal. Comparada con Francia, Alemania, Finlandia o Suecia, que sí que tienen copagos para casi todos los servicios, nuestra proporción de gasto sanitario privado es mayor. La razón de esta aparente contradicción estriba en la extensión y naturaleza de la cobertura de prestaciones sanitarias públicas. La cual determina, en gran parte, la cuantía y tipo de gasto sanitario privado. Por tanto, es preciso examinar conjuntamente el binomio copagos-grado de cobertura para poder situarlos adecuadamente y emitir un juicio.

95

En general, se observa que hay una relación directa entre copagos y cobertura. En los sistemas de Seguridad Social suele haber más cobertura (explícitamente estipulada y delimitada) junto con más elección y más copagos. En los Sistemas Nacionales de Salud con más cobertura (países nórdicos) suele haber muy buena cobertura, parecidos copagos al caso anterior (pero muy limitados en cuantía y jerarquizados en función de la renta) y más impuestos. Finalmente, en los Sistemas Nacionales de Salud con menos cobertura (Sur de Europa) suele haber menos cobertura, menos copagos y más gasto privado directo.

El caso de España queda ilustrado en la *tabla 4*, que muestra la desagregación del gasto sanitario privado, con datos de la "Encuesta de Presupuestos Familiares de 2000" (el reparto del gasto en medicamentos entre subvencionados y no subvencionados se ha hecho utilizando otras informaciones, ya que las ediciones recientes de la EPF ya no distinguen entre ambas modalidades).

Tabla 4. Desagregación del gasto sanitario privado de los hogares españoles, 2000

• Medicamentos	28.4
<i>Subvencionados (copago a cargo del hogar)</i>	8.0
<i>No subvencionados (comprados sin receta o con receta sin derecho a subvención)</i>	20.4
• Gafas, prótesis, material terapéutico, otros productos médicos	17.2
• Dentistas	19.7
• Visitas médicas	7.4
• Análisis clínicos y pruebas radiológicas	2.0
• Servicios médicos auxiliares	3.6
• Servicios hospitalarios	3.7
• Primas de seguro privado	18.0
TOTAL	100.0 (578 €/hogar)

96

Como puede observarse, un 45% del gasto es en bienes y servicios no concurrentes con el sector público. Es decir, en prestaciones no cubiertas o sólo parcialmente: dentistas, copagos por medicamentos subvencionados y gafas y otras prótesis. Y del 31% del gasto que suponen las visitas médicas, los medicamentos no subvencionados y otros servicios médicos auxiliares, una buena parte también es debida a falta de cobertura o cobertura insuficiente. Ejemplos claros son: las visitas psiquiátricas, los medicamentos homeopáticos, las especialidades farmacéuticas excluidas –ej. colirios–, los fisioterapeutas, osteópatas, logopedas, homeópatas, acupuntores, los baños termales, etc., que sí que están, al menos parcialmente, cubiertos en bastantes otros países. Estos pagos privados pueden verse, entonces, como copagos –participación en la financiación del sistema– obligados por la falta de cobertura.

En el caso de la atención dental, el copago en España es prácticamente del 100%. Por ello, es interesante preguntarnos si ese copago reduce la utilización –en concreto, si es menor que en otros países– y cómo se comporta dicha utilización por niveles de renta. Los datos de las *tablas 5 y 6* están tomados de la tesis doctoral de Alexandrina Stoyanova, y corresponden a los años 96-97.

Tabla 5. Porcentaje de población con al menos una visita dental en el último año en 14 países de la UE-15

País	%
Alemania	77,83
Dinamarca	77,36
Holanda	74,83
Luxemburgo	70,18
Austria	62,26
Reino Unido	61,31
Bélgica	55,48
Finlandia	52,17
Suecia	47,16
Italia	38,20
Irlanda	35,70
España	31,57
Portugal	27,41
Grecia	24,84

97

La *tabla 5* muestra que el porcentaje de personas que realizan al menos una visita al año al dentista en España es de los más bajos de Europa, y supone menos de la mitad que el de los países mejor situados. En casi todos los países que acompañan a España en la cola de la clasificación, la cobertura dental es muy baja. Por ejemplo, en Suecia, los adultos pagan todo el coste de los servicios (hasta llegar al techo máximo de copagos totales) y, en Italia, la mayor parte de la población (excepto algunos grupos) también asume todo el coste de los servicios dentales.

Con respecto a la distribución de las visitas dentales por grupos de renta en España, la *tabla 6* muestra que hay un gradiente claro entre los quintiles de renta. Casi la mitad de las personas situadas en el 20% más rico de la población había utilizado al menos una vez el dentista en el último año, mientras que ese porcentaje no llegaba al veinte por ciento entre las personas situadas en el quintil más bajo de renta. Ello a pesar de que la mayoría de indicadores señalaban palmariamente que los pobres gozan de peor salud dental, porque tienen más caries, les faltan más dientes, etc. Esta combinación de más necesidad pero menos tratamiento indica

claramente que el acceso a los servicios dentales en España es inequitativo. De hecho, según señala Stoyanova en su tesis, más inequitativo que la utilización de otras especialidades médicas.

Tabla 6. Porcentaje de población que ha hecho al menos una visita al dentista en el último año en España, por niveles de renta.

98

Quintil de renta	%
20% más pobre	18,91
20-40%	25,42
40-60%	28,85
60-80%	34,64
20% más rico	45,39

Encuesta Nacional de Salud, 1997

Finalmente, una manera de observar el efecto de la falta de cobertura (copago del 100%) en la utilización de los servicios dentales es ver qué ocurriría si hubiera cobertura gratuita. Esto es lo que hace Pilar García Gómez en un trabajo muy reciente en el que estudia el impacto del Programa de Atención Dental Infantil (PADI), que otorga cobertura gratuita para todos los niños entre los 7 y los 15 años, implementado en el País Vasco en 1990. Uno de sus resultados es que la probabilidad de haber utilizado el dentista en los últimos tres meses es un 10-15% superior en esta región que en el conjunto del resto de autonomías. Sin embargo, la probabilidad de no haber visitado nunca a un dentista ha caído por igual entre 1987 y 2001 en todos los sitios.

Conclusiones y recomendaciones

En el debate sobre la idoneidad de los copagos como instrumento para reducir el exceso de utilización (exceso en el sentido de utilización inadecuada, es decir, aquella para la que el beneficio es menor que el coste) y controlar el crecimiento del gasto, conviene recordar lo siguiente:

- La efectividad disuasoria del copago depende crucialmente de la elasticidad de demanda.
- Dicha elasticidad es diferente según los servicios.

- El impacto en el consumo depende muy decisivamente de la cuantía del copago.
- El efecto disuasorio se ve mitigado –o anulado– por el dominio de la oferta en la mayoría de las decisiones de consumo. Tanto desde el punto de vista teórico como práctico, los argumentos a favor del uso de copagos para reducir el “exceso” de utilización son muy débiles cuando los copagos se aplican a servicios cuyo consumo depende sobre todo del proveedor.
- El efecto disuasorio parece desvanecerse al cabo de algún tiempo –no mucho.
- Hay que tener especial cuidado con los efectos sustitución entre servicios, y la interacción con el precio tiempo. Los detalles institucionales cuentan mucho a la hora de diseñar las políticas y controlar estos efectos de sustitución.
- La medida tiene indudables implicaciones de equidad, puesto que la elasticidad de demanda no es uniforme para ricos y para pobres.
- Los mecanismos para salvaguardar la equidad mediante exenciones o escalas de copagos diferentes para ciertos grupos de población o de servicios tienen costes administrativos y de implementación importantes, que pueden llegar a neutralizar el ahorro conseguido con el copago.
- La exclusión de la cobertura pública es una forma de copago extrema, aplicable sobre todo a servicios considerados más innecesarios o superfluos. Aunque esta medida presenta varios problemas: por un lado, puede no haber consenso sobre lo que es más innecesario y, por otro, fuera del paraguas público, su uso puede ser muy descontrolado –e inequitativo.

99

En definitiva, en este tema conviene no adoptar actitudes maximalistas y examinar con cuidado las propuestas. La decisión final descansa, en gran parte, en la comparación de las consecuencias distributivas (de equidad) de las distintas alternativas de financiación del sistema, entre las que los copagos son una de ellas.

Bibliografía

Chiappori, P-A.; Durand, F.; Geoffard, P-Y. *Moral hazard and the demand for physician services; first lessons from a French natural experiment*. Eur Econ Rev 1998; 42: 499-511

García Gómez, P. *Effects of public dental programs: PADI in the Basque Country*. Toledo: XXVI Jornadas de Economía de la Salud, 2006

100 Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Massachusetts: Harvard University Press, 1993

Thompson, S.; Mossialos, E.; Jemai, N. *Cost sharing for health services in the European Union*. Report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment and Social Affairs. European Observatory on Health Care Systems, London School of Economics, 2003

Stoyanova, A. *Equity and utilisation of primary, specialists and dental health services in Spain*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, 2004

Wagstaff, A.; Van Doorslaer, E. et al. *Equity in the finance of health care: some further international comparisons*. J Health Econ 1999; 18: 263-290