

Copago de medicamentos por nivel de renta

Implicaciones

■ JOAN COSTA FONT • Economista. London School of Economics.

El autor reflexiona sobre los pros y contras de un modelo de copago farmacéutico por nivel de renta como moderador del consumo.

Cuando se habla de participación del usuario en la asunción del coste de los medicamentos se hace referencia a la cofinanciación del gasto que los productos farmacéuticos ocasionan entre asegurador y el asegurado (determinados porcentajes del importe del precio). Así, en España los usuarios activos no discapacitados contribuyen, en general, asumiendo el 40% del precio del medicamentos de prescripción (lo que acostumbra a denominarse también copago), siendo la diferencia el subsidio que va a cargo del Sistema Nacional de Salud. El objetivo del copago es limitar el posible sobreconsumo que al parecer se produce cuando el coste del medicamento no recae en el usuario (también llamado «riesgo moral en el consumo»). En este sentido, el copago ha sido calificado en la literatura como «moderador del consumo» (también se hace referencia a él como *ticket moderador*).

INSTRUMENTO MODERADOR

El copago como instrumento moderador del gasto se utiliza prácticamente en todos los países europeos, si bien en algunos no es un porcentaje del coste sino una cantidad fija (Alemania, Reino Unido, Suecia, Irlanda) o una combinación de ambos (Italia y Finlandia).

Un primer objetivo del copago es la *mejora de la eficiencia* del sistema en la medida en que favorece que las decisiones de consumo sean neutrales,



es decir, que no modifiquen la conducta consumidora de medicamentos provocando con ello pérdidas de bienestar. No obstante, otra función del copago es lograr una *mayor equidad en el acceso a los medicamentos*. A este respecto, cabe señalar que una tasa de copago igual para toda la población puede ocasionar importantes problemas de equidad, ya que el porcentaje de participación en el coste es independiente del nivel de renta del pagador. Ello justificaría la necesidad de establecer copagos diferenciales con la finalidad de redistribuir rentas.

La diferenciación en la participación en el coste (precios) puede basarse en distintos criterios, relacionados con las características del usuario (por ejemplo, edad, nivel de renta, residencia), con el tipo de envase (caso de Alemania) o con determinadas circunstancias de la especial protección de los usuarios de un producto determinando (por ejemplo, antirretrovirales para enfermos de sida o insulina para diabéticos).

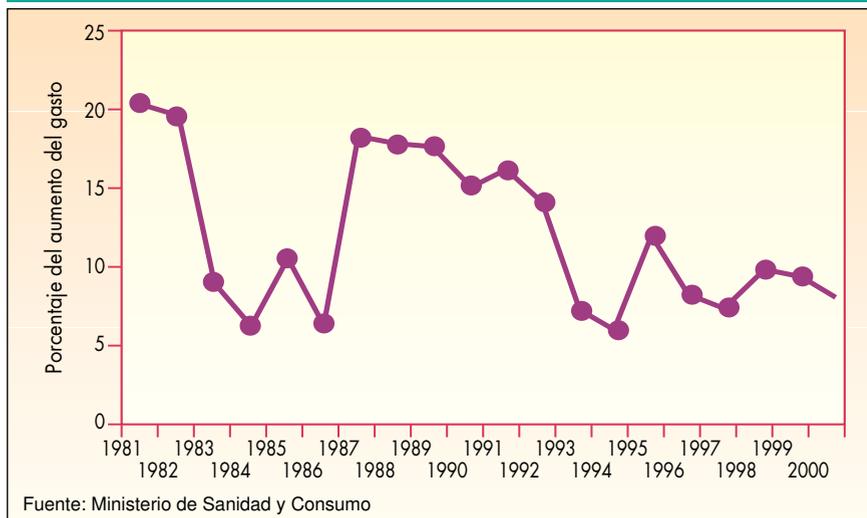
Sin embargo, el copago diferencial se utiliza en la actualidad de una forma moderada, cuando podría extenderse más allá, en el marco económicamente restrictivo de la financiación pública que prevalece actualmente. De todos modos, su aplicación más estricta entrañaría unos costes administrativos y de inspección, con el fin de evitar el mayor de los riesgos asociados: el fraude.

A menudo, existen abusos (aún no demostrados en estudios empíricos pero conocidos), pero éstos pueden controlarse parcialmente mediante mejoras sustanciales en el sistema de información de la prescripción vía tarjeta sanitaria.

LA FACTURA FARMACÉUTICA EN ESPAÑA

La factura farmacéutica pública en España es, sin lugar a dudas, el componente del gasto sanitario que más crece: ya representa por sí sola cerca del 1,2% del PIB y el 22% del gasto sanitario. La figura 1 muestra cómo la tasa de variación del gasto no ha bajado del 5% en todo el período y ha superado en ocasiones el 15%. Desde las autoridades sanitarias, si bien se persigue el control del gasto, este objetivo se combina con otros, entre los que destaca la mejora de la prestación farmacéutica que reciben los usuarios del Sistema Nacional de salud (SNS). Si bien no existe una estimación de un índice de precios para los productos farmacéuticos en España, sí se conoce el aumento del gasto público en medicamentos en los

Fig. 1. Tasa de variación del gasto público en medicamentos en España



años noventa, así como el aumento de la prescripción. El coste medio por receta en los noventa ha sido el principal impulsor de este gasto¹.

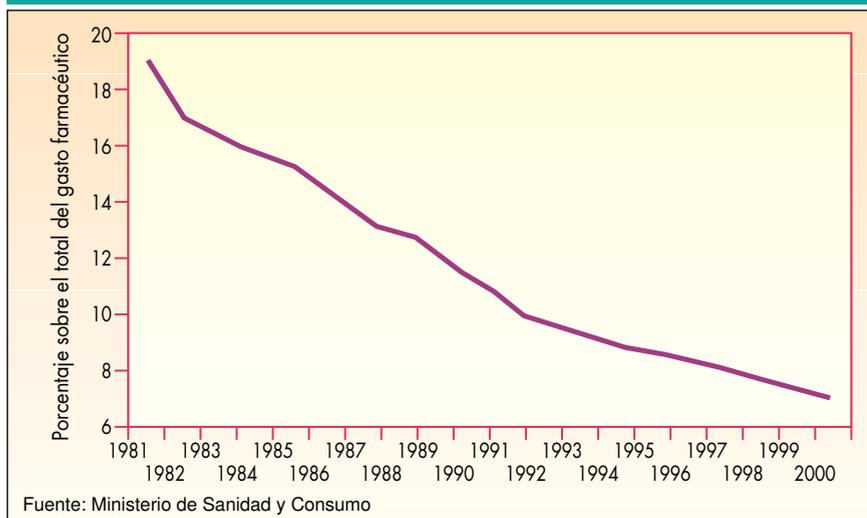
COPAGO Y DEMANDA DE MEDICAMENTOS

Una de las principales causas que frecuentemente se apuntan como responsables del elevado crecimiento de la factura farmacéutica es la progresiva reducción de la participación en el coste por parte de los beneficiarios (fig. 2), aunque su efecto sobre el gasto ha sido limitado. Ello puede deberse a que la expansión del consumo que genera un copago reducido puede haberse compensado con otras medidas (listas negativas, etc). En consecuencia, una de las medidas de conten-

ción de esta partida en España podría ser el aumento del copago de medicamentos. Naturalmente una medida de estas características se enfrentará con el rechazo de la población que se vea afectada y sería percibida como un recorte de las prestaciones públicas a los ciudadanos que más las necesitan. No obstante, si este copago variara con el nivel de renta o riqueza declarado por los beneficiarios de la prestación farmacéutica, permitiría modular el gasto de acuerdo con la capacidad de pago del individuo en cuestión. Con este sistema se podrían alcanzar los objetivos de eficiencia propios de la utilización del copago y, a la vez mantener —al menos teóricamente— la equidad.

La mayor o menor eficiencia del copago dependerá de lo sensible que sea el individuo a las variaciones en el

Fig. 2. Copago efectivo de medicamentos en España



precio. Si la demanda de medicamentos fuera rígida, el impacto del copago sobre el gasto sería muy reducido, si bien elevados copagos pueden ahorrar recursos públicos que podrían destinarse a otros programas sanitarios. A este respecto, los estudios revisados tanto en España como en Reino Unido o Estados Unidos indican que la elasticidad-precio de la demanda de medicamentos es moderadamente reducida —entre -0,1 y -0,5, si bien los estudios presentan abundantes limitaciones metodológicas²—.

El copago puede ser utilizado para fomentar el consumo de medicamentos de menor coste, en la medida en que el consumidor participe suficientemente en el coste, si bien no por ello se reducirían algunos consumos innecesarios, que dependerán más del nivel de información de la población sobre el consumo de medicamentos. En ciertos productos, el copago puede ocasionar el efecto contrario, es decir, el consumo de medicamentos más caros, ya que a menudo los medicamentos de menor precio pueden ser consumidos sin necesidad de receta médica, dado el reducido ahorro que supone para el ciudadano el adquirir sus equivalentes financiados.

En el presente artículo se desarrollará esta cuestión sobre la base de otra que se ha planteado en numerosas ocasiones: el establecimiento de un copago diferencial de acuerdo con el nivel de renta y, en términos más generales, condicionado a la capacidad de pago del individuo.

COPAGOS DIFERENCIALES Y EQUIDAD

Como ya se ha señalado, la utilización de un copago fijo puede tener un impacto negativo sobre la equidad del sistema sanitario, en tanto y en cuanto la población económicamente más solvente puede hacer frente con más facilidad al pago de medicamentos o, en su caso, complementar la cobertura pública con seguros privados específicos. Aumentar el copago a todos por igual tiene efectos importantes sobre el desarrollo del sector asegurador complementario (es el caso de Francia). La implementación de un copago diferencial trataría de cargar precios diferentes para el mismo producto a individuos que se diferencian por su capacidad de pago u otra característica relevante. Así se podrían mantener los actuales niveles de acceso a los medicamentos de un determinado grupo de consumidores que por su renta o área geográfica de residencia, etc. se caracterizan por tener una menor capacidad adquisitiva.

Una medida de estas características tendría sentido en el supuesto de que no se prevea aumentar los recursos públicos para financiar la prestación farmacéutica y se quiera garantizar la provisión de los recursos existentes a aquellos colectivos que por su capacidad económica más lo necesitan. Habitualmente se lleva a cabo a través del establecimiento de un sistema de descuentos previa certificación de la pertenencia a una determinada categoría de renta (derivada de una declaración de medios económicos).

Cuando una empresa establece una discriminación de precios en sus productos o servicios, suele asignar los más elevados a aquellos mercados en los que la demanda es más insensible al precio (más «inelástica»). De igual manera, si los individuos con mayor capacidad económica son menos sensibles al precio, la discriminación mejoraría el sistema de bienestar social.

El copago fijo puede tener un impacto negativo sobre la equidad del sistema sanitario

Alemania

Este último sistema de copago descrito es el vigente en Alemania, donde los ciudadanos sufragan los fármacos en función de su nivel de renta con tres tipos de copago (4; 4,8 y 5,1 euros, respectivamente), siendo gratuitos, en cambio, los medicamentos recetados a menores de 18 años, a los ciudadanos sin recursos económicos y a los enfermos crónicos. No obstante, el copago tiene como límite el 1% de los ingresos del pagador, de manera que si éste asume un gasto superior, la diferencia le es reintegrada.

Estados Unidos

Otra propuesta en la misma línea fue la anunciada por los laboratorios Eli Lilly en Estados Unidos a principios de año, por la que creará un plan de cobertura farmacoterapéutica para ciudadanos de ese país beneficiarios del seguro sanitario público Medicare, que

sean jubilados o discapacitados, no tengan ningún otro seguro que cubra su medicación y cuya renta anual sea inferior a 18.000 dólares por persona o 24.000 por unidad familiar. Se les asignará una cobertura de sus prescripciones de medicamentos por valor de doce dólares por mes y persona.

COPAGO A LA ESPAÑOLA

En España, hasta ahora no ha sido éste el sistema aplicado, sino el copago independiente del nivel de renta, y únicamente variable en función de dos causas: la diferente capacidad de generación de renta (en lo que se refiere a la situación de jubilación) y el deterioro del estado de salud asociado a la edad o a la discapacidad. En su día, la propuesta de un sistema de copagos diferenciales por renta la planteó en España el propio Ministerio de Sanidad, formulando la siguiente pregunta: ¿Es justo que un parado que cobra 480 euros al mes con dos hijos pague el 40% del precio de los medicamentos y el pensionista que cobra 1.500 euros no pague nada?

Si bien esta cuestión sería discutible caso por caso, lo cierto es que el cambio que insinúa supone la modificación de unos «derechos adquiridos». Además, en el caso de la población pensionista la prestación gratuita se puede entender como una forma de compensar el haber contribuido toda la vida. Se trata, sin duda, de una medida impopular, pero ello no descalifica la posibilidad de un copago diferencial, ya que éste no distinguiría entre grupos de individuos (parados *versus* pensionistas), sino que situaría a todos en el mismo punto de partida, ajustando los requerimientos en función de determinadas características relevantes.

El copago diferencial es, por tanto, un instrumento que desde una perspectiva teórica podría mejorar el sistema de bienestar social, si bien su implementación práctica es dificultosa, ya que implicaría una inversión considerable en sistemas de información, el consenso sobre qué características del usuario deben dar derecho a un menor copago y, lógicamente, podría reducir la simplicidad del sistema existente en España. Otra cuestión sería determinar si la propuesta debe referirse a todos los medicamentos o solamente a algunos que por su carácter esencial se consideren prioritarios. Como ya se ha señalado, la discriminación en materia de precios en sí ya es una realidad, al existir grupos concretos de beneficiarios (pensionistas y enfermos crónicos) que obtienen sus medicamentos a precios diferentes. En estos casos tam-

bién se evidencia cierto porcentaje de fraude, que poco a poco va conteniéndose a través del desarrollo de mecanismos de control de la prescripción.

PRECIOS DE REFERENCIA

En España, la reciente aplicación de un sistema de precios de referencia supone introducir un copago evitable, en la medida en que si el consumidor escoge la especialidad bioequivalente, la proporción del coste no se verá modificada. Esta medida, de por sí, puede entenderse como una forma indirecta de introducir un copago diferencial que no perjudique la equidad, ya que se supone que los usuarios más pudientes serán los que no evitarán el copago.

COPAGOS Y DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

La descentralización de la política sanitaria en España supone un nuevo reto para algunas comunidades autónomas (CCAA) en lo que respecta a la contención de la factura farmacéutica. El gasto sanitario es una parte muy importante de la factura de las CCAA. La descentralización supone la transmisión del riesgo del Estado central a las instituciones autonómicas y permite que la política sanitaria y farmacéutica se adapte a las preferencias y necesidades específicas de cada población. En este sentido, no sería extraño que en un futuro reciente se observaran copagos diferentes entre CCAA. Este fenómeno para algunos podría ser un signo de desigualdad y falta de cohesión social. No obstante, no hay que olvidar que en España han existido y siguen existiendo diferencias de copagos debidas a privilegios de tiempos pasados. Uno de ellos es el menor copago de medicamentos que sumen los beneficiarios de MUFACE, simplemente por el hecho de ser funcionarios.

En la tabla I se observa cómo el gasto en medicamentos *per capita* es significativamente mayor en Cataluña y la Comunidad Valenciana. El menor gasto se sitúa en las CCAA del Insalud y Canarias. El coeficiente de variación en el gasto *per capita* es un indicador de variabilidad. Si bien es reducido, parece presentar una tendencia al alza, lo que sugeriría un aumento de la diversidad en la factura farmacéutica pública. Tras la transferencia completa de competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas que se produjo el año pasado, estas diferencias han seguido evidenciándose.

Tabla I. Gasto público en medicamentos (total y *per capita*) en algunas comunidades autónomas en 1998 y 1999

	Gasto total (millones euros)		Gasto <i>per capita</i> (euros)	
	1998	1999	1998	1999
Andalucía	1.038,1	1.109,2	152,0	161,7
Canarias	213,5	238,5	141,0	156,2
Cataluña	964,5	1.060,5	168,0	184,7
Valencia	677,7	756,9	181,6	202,3
País Vasco	279,2	312,0	143,7	161,1
Navarra	73,2	81,6	145,9	162,3
Galicia	415,2	465,6	161,3	181,1
INSALUD	2.018,8	2.221,0	1.391	152,9
Coefficiente de variación V	0,835	0,831	0,091	0,095

Fuente: Farmaindustria, 2000.

En la medida en que exista diversidad en las pautas de consumo entre CCAA y la política farmacéutica se adapte a esa diversidad, cabrá esperar algunas diferencias en el copago medio, entre otras razones por que la prescripción de medicamentos es sustancialmente diferente. En un informe de enero de 2003, la consultora IMS anunciaba notables diferencias en la prescripción de analgésicos en España.

Por otro lado, según el Ministerio de Sanidad, en el año 2002 el aumento del gasto público en farmacia fue impulsado por el incremento del número de recetas, a la vez que el gasto medio por receta se situó en los 11,67 euros, un 3,29% más que en 2001.

desempeña un papel importante en el consumo, de manera que la elección de una especialidad u otra pueda verse moderada por un mayor precio resultante de un copago diferente. Por otra parte, el copago diferencial de acuerdo con la renta puede ser un instrumento para garantizar una mayor equidad en el acceso a la prestación sanitaria, si bien ello requiere un sistema de información que permita controlar el fraude.

La introducción de un sistema de precios de referencia puede entenderse como un «copago evitable», en la medida en que el individuo puede eludirlo si opta por medicamentos bioequivalentes de menor precio. El impacto sobre la equidad de este sistema dependerá de que los individuos con menor renta eviten, en efecto, el mayor copago.

La implementación de un sistema nuevo de copagos se enfrentará al rechazo de los grupos de población afectados por la medida (por ejemplo, los pensionistas), por lo que su aplicación resultaría complicada, salvo que se lograra un consenso político en este sentido (también muy complicado). Para ello sería necesaria una intensa labor pedagógica de cara a los ciudadanos, en la que se expusieran con extrema claridad y transparencia los posibles beneficios de equidad que se derivarían de la medida, así como las acciones para controlar el posible fraude. □

El éxito de un modelo de copago diferencial según la renta requiere de un sistema de estricto control del fraude

CONCLUSIONES

La utilización de un sistema de copagos como medida para la contención del gasto público en medicamentos es una medida complementaria. Puede ser efectiva para aquellas especialidades en las que la decisión individual

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Casasnovas G. El sistema sanitario español: evolución reciente (1997-1998). Bilbao: Fundación BBVA, 2001.
2. López-Valcárcel B. Seguros en la financiación pública de medicamentos. En: Puig-Junoy J, editor. Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Barcelona: Masson, 2002.