

«Las estimaciones del efecto de los precios en la financiación de los servicios sanitarios en España»

En este trabajo se revisa la evidencia empírica disponible acerca del efecto de las variaciones de los precios sobre la demanda y el gasto sanitario. Se analizan las aportaciones realizadas en materia de gasto en servicios odontológicos, en medicamentos y en primas de seguros de asistencia sanitaria. La eficacia de las medidas conducentes a la implantación de alguna forma de participación de los usuarios en el coste de los servicios y consumos sanitarios se ha venido debatiendo en un doble marco: por una parte teórico y, por la otra, empírico pero con evidencia ajena a nuestra realidad más inmediata. Para la cuantificación precisa de la magnitud de los efectos de las variaciones en los precios, los autores abogan por el establecimiento de estudios específicos a partir de diseños experimentales que permitan calibrar con mayor detalle las ventajas y los inconvenientes de tales medidas así como la distribución de dichos efectos.

Lan honetan, prezio-aldaketek osasun-eskariaren eta osasun-gastuaren gain duten era-ginari buruz dagoen ebidentzia enpirikoari berrikuspen bat egiten zaio. Eta horretarako, zerbitzu odontologikoetan, botiketan eta osasun-asistentziako aseguru-primetan egindako ekarpenak aztertzen dirá. Erabiltzaileek osasun-zerbitzu eta kontsumoen kostuan izan dezaketen partaidetza nolarebait ezartzera eraman dezaketen neurrien eraginkortasuna marko bikoitz batean eztabaidatu izan da: teoriaren markoan, alde batetik, eta marko enpirikoan, bestetik, baina gure errealtate hurbilenari arrotz zaion ebidentzia batekin beti ere. Eta aldakuntza horiek prezioetan izan dituzten ondorioen zenbaterainokoa zehazki erabakitzearen, azterlan espezifikoak egitearen alde azaltzen dirá autoreak, neurri horien eta ondorio horien banaketaren abantail eta eragozpenak oraindik zehazkiago kalibratzeko bidea emango duten diseinu esperimentaletatik abiatuz.

This paper reviews the empirical evidence available about the effect of price variation on health-care demand and expenditure. Expenditure on odontology, medicines and health insurance premlums is analysed. The efficiency of measures aimed at introducing some form of patient contribution towards the cost of health services is being discussed in a double framework: on the one hand theoretical, and on the other empirical, however using evidence which is not very relevant to our immediate situation. In order to quantify precisely the magnitude of the effects of price variation, the authors opt for establishing specific studies using experimental designs allowing them to measure in more detail the advantages and disadvantages of these measures as well as the distribution of their effects.

Carlos Murillo

Catedrático de la Universidad de Barcelona

Beatriz González

Catedrática de la Universidad de Las Palmas de G. C.

1. **La participación de los usuarios en la financiación de los sistemas sanitarios.**
 2. **La distribución del gasto en servicios odontológicos.**
 3. **El gasto en medicamentos.**
 4. **Los seguros de asistencia sanitaria.**
 5. **Discusión.**
- Referencias Bibliográficas.**

Palabras clave: Economía de la salud, financiación de servicios sanitarios, gasto en odontología, gasto en medicamentos.

Nº de clasificación JEL: H51, I11

1. LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

El sistema sanitario español ofrece una peculiar combinación de modos de financiación y provisión pública y privada de los distintos productos sanitarios. En este sentido, tanto la oferta actual como las recomendaciones de posibles reformas del Sistema Nacional de Salud están alejadas de las corrientes que inspiran la organización y el funcionamiento de los sistemas sanitarios en la mayoría de los países del mundo occidental.

La Ley General de la Sanidad basa su sistema de financiación en fuentes de índole diversa que abarcan desde las transferencias del Estado a las cotizaciones sociales pasando por

fórmulas que establecen tasas por la prestación de algunos servicios sanitarios. Asimismo, las Corporaciones Locales y de las Comunidades Autónomas efectúan aportaciones que, en el caso de éstas últimas, se financian mediante los presupuestos generales del Estado — cuando se trata de servicios transferidos—, o por los de la Seguridad Social, cuando se trata de la asistencia sanitaria de dicha institución.

Por otra parte, la progresiva preocupación por el control del gasto sanitario impulsó una vía abierta al diseño de políticas de contención de los costes y, en última instancia, a la participación de los usuarios a través de mecanismos que tienen por objeto la determinación de pagos que suponen una parte del gasto efectuado. El ejemplo más paradigmático lo encontramos en las contribuciones de

los consumidores de los productos farmacéuticos, en especial a partir de la década de los ochenta. El aspecto de la contribución de los usuarios en los costes sanitarios está contemplado de manera genérica en la propia Ley General de Sanidad en su artículo 80, que permite la imposición de tasas por la prestación de algunos servicios sanitarios no especificados. Sin embargo, las posibilidades de formulaciones diferentes que tienen por objeto la contribución de los usuarios son tan amplias como sus más inmediatos objetivos: crear una sensibilidad colectiva acerca del coste real de las prestaciones, desincentivar el uso innecesario y superfluo, independientemente de su capacidad recaudatoria (Rodríguez, 1989; Artells, 1992; Murillo, 1992).

A nivel teórico, un ticket moderador tiene dos posibles objetivos, uno es financiero (recaudar fondos o *cost recovery*) y otro persigue mejorar la eficiencia global del sistema, disuadiendo del consumo excesivo, es decir, todo consumo que sobrepase el punto en que se igualen el beneficio y el coste marginal. En este sentido se justifica el calificativo de ticket moderador (del consumo).

La eficacia de dichas medidas ha sido ampliamente debatida. En el fiel de la balanza se agrupan posibles efectos perversos cuya distribución entre la población no es inocua: la reducción de la utilización afectaría a grupos de riesgo determinados —los económicamente menos capaces, los menos informados, entre otros—, a una tipología de consumos de naturaleza no estrictamente urgente o, para algunos, trasladando en el tiempo determinadas intervenciones sanitarias. En otro orden de cosas, se especula si el volumen de ingresos obtenidos del pago de los usuarios

alcanza a compensar el coste de la administración y gestión de dichas fórmulas.

Sin lugar a dudas el discurso sobre el papel y los efectos de los precios en la financiación de los servicios sanitarios es único. En un ámbito de sistema sanitario público predominante deberían existir «diversos mecanismos de diferenciación de la carga económica y un dispositivo de exenciones en función de circunstancias personales, tipos de prestación, patologías y otros parámetros» (Artells, 1992). En esta línea de discusión queremos ofrecer en este trabajo tres aspectos parciales, pero suficientemente explicativos, de la aplicación de precios en nuestro ámbito. En primer lugar ofrecemos una panorámica de lo que supone el gasto de los hogares españoles en servicios odontológicos no cubiertos en las prestaciones de la sanidad pública. En segundo lugar nos referiremos a los efectos de la coparticipación de los consumidores de productos farmacéuticos y, por último, analizaremos el efecto de los precios en la demanda de los seguros de asistencia sanitaria.

2. LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

En ausencia de trabajos específicos que permitan analizar los efectos de las variaciones en los precios sobre el gasto que efectúa la población en servicios odontológicos no cubiertos por la sanidad pública, nos centraremos en lo que sigue en el análisis del gasto declarado por las familias en la Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadística (1). Según datos de la

(1) Los autores agradecen al INE la disponibilidad y acceso a la información de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares.

Encuesta de 1980, los gastos en servicios de dentistas ascendían a 3.470 pesetas por hogar, o lo que es lo mismo, a 938 pesetas por persona. Estas cifras suponen un 3,9 por mil del gasto total declarado y un 16,8 por cien del gasto sanitario efectuado directamente por las familias.

La variación en el gasto por este concepto para el período comprendido entre 1980 y 1989 se muestra en el cuadro n.º 1. La información utilizada proviene de la muestra de familias de las Encuestas de Hogares del INE.

Para estudiar si este capítulo de gasto tiene una distribución entre la población como la de los demás servicios sanitarios, hemos recogido datos más recientes que provienen de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares del último trimestre de 1989 con objeto de contrastar alguna de las afirmaciones efectuadas con datos de encuestas de hogares en un ámbito geográfico más reducido y de mayor antigüedad. En efecto, Rodríguez (1988) concluye con datos de la Encuesta de 1980 referidos a Cataluña que «la

carga relativa de los gastos sanitarios no concurrentes —los más ineludibles, debido al régimen de la Seguridad Social— es mucho mayor para los niveles de renta más bajos que para los más altos» y destaca más adelante que «el ejemplo paradigmático es el de las prótesis, quizá porque en este tipo de bienes, más que en otros, todo el mundo enfrenta el mismo precio».

En los cuadros n.º 2 al 5 reproducimos el gasto medio sanitario en distintas categorías, según algunos perfiles que ilustran la capacidad económica de las familias (decila de renta y decilas según el gasto local efectuado y categoría socioeconómica del cabeza de familia) y su nivel de información sanitaria (nivel de instrucción del sustentador principal). Los datos parecen refrendar la conclusión anteriormente avanzada.

Con la misma base de datos de la encuesta de hogares del INE hemos estimado una relación econométrica en la que la variable a explicar representa la decisión de efectuar un gasto de dentista.

Cuadro n.º 1. Gasto en dentista por hogar

Año	Gasto nominal	Gasto real	Variación anual
1980	3.470	3.470	---
1985	7.643	4.174	20,2
1986	8.574	4.355	4,3
1987	9.970	4.757	9,2
1988	12.291	5.587	17,4
1989	15.115	6.459	15,6

Fuente: INE. Encuesta de Presupuestos Familiares 1980 y Encuestas Continuas de Presupuestos Familiares 1985 a 1989. El gasto real se deflactó con el IPC de los Servicios Médicos y se expresa en pesetas constantes de 1980.

Cuadro n.º 2. Gasto trimestral medio según el nivel de instrucción del sustentador principal

Nivel de estudios	Medicamen. subvenc.	Dentista	Medicamen. no subv.	Servicios extrahosp.	Hospital	Seguros	Total	Número familias
Analfabetos	352,2	655,6	1.442,7	1.297,5	0	234,1	4.295,9	151
Sin estudios	1.456,8	2.187,4	1.741,3	2.168,3	0	423,5	8.510,9	710
Primarios	648,1	3.610,8	2.194,3	2.140,3	604,1	735,8	10.794,4	1.387
Bachiller Elemental	622,4	3.841,6	2.211,8	2.578,8	0	878,9	11.600,2	303
Bachiller Superior	739,9	4.705,9	2.784,2	3.033,5	209,7	2.343,7	15.647,5	284
Formación Profesional	1.263,4	11.346,7	4.586,2	4.092,9	0	3.173,8	26.059,8	124
Titulado Superior	1.902,0	11.229,3	4.994,1	3.586,2	2.235,5	3.145,5	30.641,7	109
Total	896,0	3.849,8	2.304,9	2.361,3	371,9	985,9	11.797,0	3.068

Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (4.º trim. 1990) y elaboración propia.

Cuadro n.º 3. Gasto trimestral medio según la categoría socioeconómica del sustentador principal

Categoría socioeconómica	Medicamen. subvenc.	Dentista	Medicamen. no subv.	Servicios extrahosp.	Hospital	Seguros	Total	Número familias
Act. C. Propia	658,9	4.188,0	2.319,0	2.812,5	30,3	1.535,7	12.657,0	428
Asal. Cualif.	1.157,3	4.922,8	2.821,8	2.507,9	991,2	1.315,0	15.469,2	1.078
Asal. Agrícol.	340,2	1.391,3	1.874,3	3.900,0	0	194,3	8.835,0	69
Asal. no Agrí.	3.391,8	3.582,4	2.358,7	1.961,1	0	257,8	12.453,1	273
Parados	414,5	1.237,1	1.163,9	1.815,4	614,0	30,7	5.878,7	97
No activos	204,6	3.115,2	1.915,5	2.098,5	0	768,7	8.477,9	1.123
Total	896,0	3.849,8	2.304,9	2.361,3	371,9	985,9	11.777,0	3.068

Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (4.º trim. 1990) y elaboración propia.

Cuadro n.º 4. Gasto trimestral medio según la decila de renta

Decila de renta	Medicamen. subvenc.	Dentista	Medicamen. no subv.	Servicios extrahosp.	Hospital	Seguros	Total	Número familias
Primera	212,3	1.517,4	863,6	1.421,0	0	698,5	4.856,7	294
Segunda	467,5	706,1	2.236,8	1.600,5	200,5	299,8	5.921,4	298
Tercera	2.596,9	1.927,8	1.939,1	3.014,8	0	443,3	10.505,5	306
Cuarta	664,9	2.206,3	1.050,1	1.521,1	0	899,9	7.178,8	307
Quinta	746,2	5.629,8	1.865,8	1.351,0	732,6	844,3	11.540,4	309
Sexta	513,9	3.053,9	1.906,8	1.915,7	0	596,4	9.723,9	307
Séptima	571,7	2.288,4	2.226,5	2.619,9	0	945,8	9.792,7	312
Octava	1.327,3	6.600,9	2.821,5	3.123,1	57,0	1.018,0	16.164,4	305
Novena	726,7	8.099,5	3.567,7	3.792,9	0	1.065,8	18.896,1	317
Decima	1.133,8	6.153,8	4.411,9	3.164,8	2.672,9	2.948,9	22.529,6	314
Total	896,0	3.849,8	2.304,9	2.361,3	371,9	985,9	11.797,0	3.068

Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (4.º trim. 1990) y elaboración propia.

Cuadro n.º 5. Gasto trimestral medio según la decila de renta (Gasto total)

Decila de gasto	Medicamen. subvenc.	Medicamen. no subv.	Servicios extrahosp.	Dentista	Hospital	Seguros	Otros gastos	Total
Primera	,00	733,00	724,70	334,20	,00	323,01	91,87	2.206,80
Segunda	198,95	1.585,40	992,15	351,96	,00	447,34	284,46	3.860,28
Tercera	520,71	1.171,16	1.608,71	1.612,37	,00	518,95	533,51	5.965,44
Cuarta	267,68	1.709,95	1.414,73	2.276,87	194,02	854,56	830,67	7.548,52
Quinta	420,10	1.628,59	1.924,34	635,17	,00	723,48	905,67	6.237,38
Sexta	938,25	2.353,48	3.308,06	2.677,52	,00	1.146,71	1.363,70	11.787,74
Séptima	949,73	2.514,15	2.853,66	3.733,38	,00	1.045,77	1.182,90	12.279,62
Octava	893,49	2.912,85	3.155,86	2.887,62	789,12	1.140,63	1.232,52	13.012,12
Novena	560,86	3.579,65	2.331,44	8.975,57	,00	1.257,56	1.889,92	18.595,02
Décima	4.219,34	4.867,62	5.304,70	14.975,00	2.742,80	2.404,66	2.018,14	36.532,29
Total	896,06	2.304,99	2.361,32	3.843,48	371,94	985,98	1.033,26	11.797,05

Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (4.º trim. 1990) y elaboración propia.

El modelo logit estimado (cuadro n.º 6) ajusta los datos suficientemente, bien proporcionando un 93,5% de predicciones correctas. Las variaciones explicativas con mayor capacidad explicativa han resultado las indicativas del nivel de renta (medido por seis categorías a partir del gasto total declarado por las familias), el nivel de estudios del sustentador principal. La estimación, en una segunda etapa, de un modelo para la cuantía del gasto con una expresión tipo tobit arroja resultados conceptualmente similares a los citados y coincidentes una vez más con otras estimaciones de ecuaciones de utilización de servicios sanitarios y de gasto sanitario.

Estos resultados apuntan la misma dirección en el uso de este tipo de servicios sanitarios que lo hallado en el análisis de los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona. Para la población encuestada la tasa bruta de uso de los servicios de dentistas, en los tres meses anteriores a la entrevista, es de más del 17% en las clases sociales más altas y de poco más del 10% en las clases sociales inferiores. Por otra parte, la salud bucodental en las personas de las categorías superiores es extremadamente mejor que en las categorías inferiores (un 1,3% de las personas de la categoría superior declaran ausencia de más de la mitad de las piezas dentales sin haber sido éstas sustituidas por prótesis,

Cuadro n.º 6. Estimación de una ecuación del gasto en dentista

VARIABLES EXPLICATIVAS	ec (1)	ec (2)
constante	-3.878 *	-36.010
régimen laboral	-0.105	^9.782
Ingreso 1	1.073*	87.018*
Ingreso 2	0.679 *	61.265*
ingreso 3	1.177*	104.730*
ingreso 4	1.587*	156.530*
edad	0.002	81
residencia 1	-0.184	-14.088
residencia 2	-0.079	-13.979
residencia 3	-0.378 *	-39.789 *
estudios 1	0.121	14.623
estudios 2	0.405	33.844 *
estudios 3	0.600 *	55.293 *
tamaño hogar	0.012	-2.906
slgma	—	176.569*
log func. verosim.	-698.7	-3.110,1
% predice, correctas	93.5	64.5

* significativo, con $p > 0,05$.

(1) variable dependiente: Y (=1, si efectuó gasto; =0, en caso contrario).

(2) variable dependiente: Y es el gasto por hogar en dentista.

La variable explicativa régimen laboral se define con un valor igual a uno, si el sustentador principal trabaja por cuenta propia; los ingresos están categorizados en cinco tramos de menor a mayor nivel de ingresos; la residencia en cuatro tramos de menor a mayor población del municipio y los estudios en cuatro tramos de menor a mayor nivel educativo. Las categorías de referencia siempre son las de valor menor.

Fuente: ECPF 1989 y elaboración propia.

mientras que en la clase formada por los trabajadores no cualificados esta proporción asciende alarmantemente al 10%).

La ecuación (1) del cuadro n.º 6 proporciona la estimación de la relación que determina la decisión de gasto. Por su parte, la ecuación (2) es un modelo Tobit para la estimación del gasto cuando encontramos en la muestra una frecuencia relativamente importante de gasto nulo que invalidaría las propiedades estadísticas de la inferencia en un modelo de regresión estándar estimado por mínimos cuadrados. La estimación efectuada proporciona evidencia en favor de una elasticidad renta positiva y de cierta capacidad explicativa de variables asociadas al concepto de clase social. Por el contrario, no resultan argumentos explicativos en variables como la edad y el régimen laboral, que son factores determinantes de la demanda de las consultas médicas y otros servicios sanitarios.

3. EL GASTO EN MEDICAMENTOS

La investigación del comportamiento de los agentes económicos españoles cuando aumentan el precio y/o el coste privado (parte del precio repercutida al usuario) de los medicamentos interesa por varios motivos, y especialmente porque se trata de la única experiencia práctica en nuestro país de funcionamiento de un ticket moderador (el usuario paga de su bolsillo una parte del precio o del coste del servicio), cuyo porcentaje además ha ido aumentando a lo largo del tiempo desde su inicio en 1967. Además, los gastos en medicamentos representan más de la quinta parte del gasto sanitario total y en torno al 1,4% del PIB español, y han tenido una progresión exponencial

durante décadas (2). Respecto al gasto privado, según la ECPF durante el cuarto trimestre de 1989 representó el 27,1% del gasto privado total en servicios y seguros sanitarios. En nuestro análisis nos interesaremos especialmente en analizar hasta qué punto se han cumplido aquellos dos objetivos mencionados al principio, el financiero y el de mejora de la eficiencia.

Puig (1988) revisa la evidencia empírica obtenida en otros países sobre el efecto precio del consumo de medicamentos. El grado de fiabilidad de las estimaciones es muy variable, porque metodológicamente son trabajos muy dispares que abarcan desde los experimentos controlados, como el de la Rand Corporation, hasta la observación pasiva de las reacciones ocurridas tras subidas de precios. En síntesis, lo ocurrido en otros países parece indicar que la elasticidad-precio de la demanda de medicamentos: a) es reducida; b) es diferente para distintos grupos de población; concretamente, es menor para rentas altas y para la infancia; c) difiere entre tipos de medicamentos, siendo más elásticos al precio los tratamientos de algunas enfermedades crónicas (hipotensores) y más rígidos las medicinas para dolencias agudas (analgésicos).

La estimación de las elasticidades precio del gasto y del consumo de medicamentos en España presenta problemas importantes. En primer lugar, se trata de productos heterogéneos cuya demanda puede ser una demanda derivada de la de consultas médicas (fármacos prescritos) o no serlo (autoprescripciones). De hecho, es un

(2) Lobo (1992) señala que la participación relativa del gasto farmacéutico de la seguridad social sobre la renta nacional se multiplicó por cuatro o cinco entre 1960 a 1973, y que llegó a suponer el 50% del gasto sanitario de la seguridad social a finales de los sesenta.

mercado complejo, integrado por numerosos mercados elementales (Lobato, 1990). Algunos gastos en medicamentos, además, pueden ser concurrentes y otros no serlo (3). Así, en el caso de los medicamentos que requieren prescripción facultativa, al precio de la propia medicina hay que añadir los precios monetario y no monetario de la visita médica. Para las personas de rentas altas, el componente no monetario, que representa el coste de oportunidad del tiempo de espera y desplazamiento, suma una proporción elevada del coste total por lo que las rentas altas suelen aparecer asociadas a elasticidades precio aparentes más reducidas. Un buen estudio debería aislar el efecto precio del medicamento, separándolo del de la consulta médica, y desagregar por tipos de fármacos.

Una dificultad adicional consiste en que los precios del sector farmacéutico en España están intervenidos. Que el sector público tenga la capacidad real de fijar dichos precios y sea a la vez el primer cliente de los laboratorios y por tanto quien realiza la mayor parte del gasto total del país en medicamentos, hace que el precio deba considerarse endógeno en los estudios agregados de consumo de medicamentos. De hecho, la contención del gasto en medicamentos mediante la contención de precios ha sido un arma de uso muy difundido en España. Las cifras de gasto en medicamentos nominal y real en España y los índices de precios presentan problemas importantes de fiabilidad. Lobato (1990), que propone un nuevo índice sectorial de precios, señala que si se emplea el IPC sectorial, entre 1969 y 1989 el consumo físico de medicinas en España se habría

(3) Se entiende por gasto concurrente aquel efectuado por un paciente de su propio bolsillo para pagar por voluntad propia un servicio médico o medicamento que cubre la seguridad social.

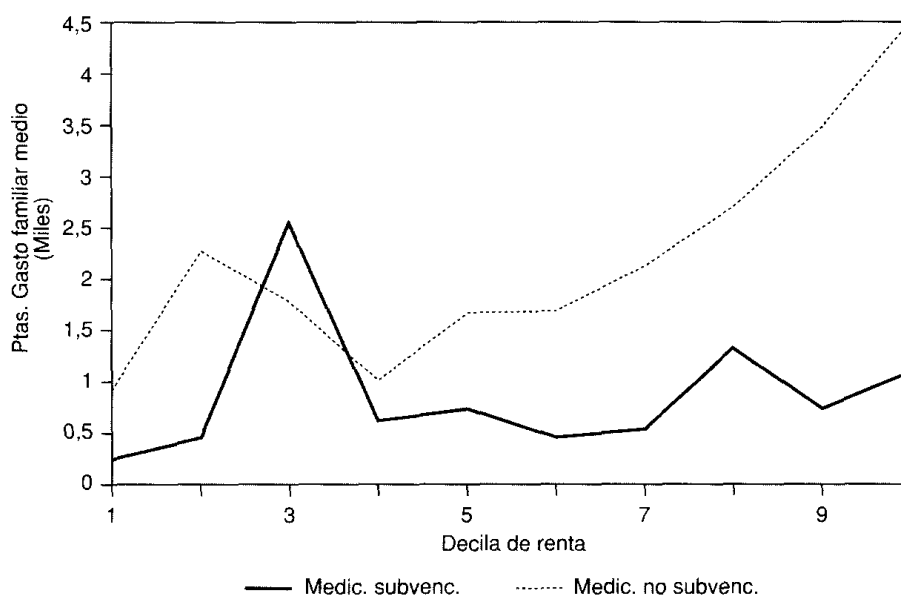
multiplicado por 1,7, mientras que si se emplea el índice de precios autorizados de los medicamentos se habría multiplicado por 5,24.

Por ese motivo, Lobo (1992) recomienda indagar en los factores que afectan a la demanda de consumo físico farmacéutico, dejando aparte la evolución de los precios. Refiriéndose a la demanda de consumo de la Seguridad Social, en términos físicos, ese autor menciona las siguientes posibles variables explicativas: extensión de la población protegida, valorando su composición por edad-sexo (ya que los niños y ancianos consumen más), variaciones estacionales causantes, por ejemplo, de las gripes de otoño e invierno, accesibilidad a los servicios sanitarios (medida, por ejemplo, mediante el ratio de personas protegidas por médico, o a través del grado de urbanización, que influyen en los tiempos de espera y desplazamiento, respectivamente (4). Además de estos factores hay que incluir otros que actúan por el lado de la oferta y que atañen a la agresividad comercial y al proceso innovador del sector (publicidad a los médicos, introducción de nuevos productos, etc.). Por último, el tercer tipo de determinantes del consumo físico son los incentivos del sistema, dirigidos hacia los pacientes (ticket moderador) y hacia los medios (controles administrativos del nivel relativo de prescripción de cada uno).

Desafortunadamente, en España hay una notoria precariedad de estudios de consumo de medicamentos con datos

(4) Aunque Lobo no pone a prueba sus hipótesis causales con datos empíricos, hay algunas pistas para corroborar dichas hipótesis. Por ejemplo, según la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, durante el cuarto trimestre de 1990 el gasto medio en medicamentos de las familias que viven en municipios de tamaño medio (entre 50.000 y 500.000 habitantes), no congestionados y con los centros de salud relativamente próximos es más del doble que el realizado en los demás.

Gráfico n.º 1. Gasto trimestral medio en medicamentos (1990).



desagregados, aunque la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares puede dar alguna pista sobre los diferenciales de gasto entre familias de rentas altas y bajas tanto de medicamentos subvencionados (la seguridad social paga el 60% o el 100% en caso de pensionistas) como de medicamentos no subvencionados (compra sin receta oficial de la seguridad social). A pesar de la escasa fiabilidad de las rentas declaradas en dicha encuesta, se aprecia claramente que el consumo de medicamentos subvencionados crece con la renta, al menos a partir del cuarto decil, y que no ocurre lo mismo con los no subvencionados. El gráfico n.º 1 representa estos datos para el cuarto trimestre de 1989.

De los estudios sobre la evolución temporal del gasto y el consumo de medicamentos, aunque referidos únicamente a la seguridad social, parece inferirse que la elasticidad precio a corto plazo es relativamente elevada, pero a largo plazo es muy reducida, y que ha habido un «efecto trasvase» de recetas desde los pensionistas hacia el consumo de los activos, es decir, un fraude sistemático a la seguridad social, como argumenta y justifica empíricamente Puig (1988). No parece por lo tanto, que se haya conseguido el objetivo de disminuir el exceso de consumo pero tampoco se ha aumentado a lo largo del tiempo el porcentaje de participación de los usuarios en el pago de la factura total de los medicamentos.

Cruz Roche (1986) estudió mediante regresión con datos anuales desde 1967 los determinantes del consumo real de medicamentos en la seguridad social. Según sus resultados, éste depende de factores demográficos, renta personal y precios. El ticket moderador no ha tenido una influencia significativa.

4. LOS SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA

La práctica universalización de la cobertura sanitaria pública en España se compatibiliza con la posibilidad de elección de provisión de servicios sanitarios privados. Para hacer frente al precio de dichos consumos sanitarios, una parte de la población suscribe pólizas de seguros de enfermedad o de asistencia sanitaria. En el primer caso, la entidad aseguradora se obliga a indemnizar el coste derivado de la atención médica o quirúrgica y el asegurado elige con total libertad el proveedor. En los seguros de asistencia sanitaria, las entidades aseguradoras comprometen —directa o indirectamente, es decir, con sus propios medios o los concertados— la asistencia sanitaria del asegurador que elige de entre una lista cerrada de facultativos y centros asistenciales. En la actualidad, sin embargo, las fórmulas del seguro sanitario privado suelen combinar las características de ambos tipos de seguro ofreciéndose productos mucho más flexibles y adaptados a las variaciones en los gustos y preferencias de la población. En contraprestación, el asegurado paga una prima periódica que en ocasiones es satisfecha por su cuenta por una tercera entidad. Este es el caso de algunas empresas privadas o las mutualidades de funcionarios públicos. El número de asegurados en España alcanza una cifra

de cerca de los seis millones de personas, es decir, un 15% aproximadamente de la población total, que satisfacen una prima media de 17.000 pesetas al año (Murillo, 1991).

Los servicios privados se escogen como alternativa a la provisión pública por razones de índole diversa, pero fundamentalmente en función de expectativas de trato más personalizado, mayor comodidad, menores listas de espera y tiempos empleados en las consultas médicas, así como mejores servicios hoteleros auxiliares en la atención hospitalaria. Sin embargo, la población suele seguir acudiendo a los centros asistenciales públicos para cuestiones de gravedad extrema, lo que cuestiona el argumento de la calidad intrínseca de la provisión privada en relación a la oferta de la sanidad pública.

La respuesta de la demanda de seguros de asistencia sanitaria a las variaciones experimentadas en los precios ha sido estudiada por Murillo (1991) y Y. González y Murillo (1992). Con datos referidos al espacio temporal comprendido entre 1972 y 1989 la demanda ha seguido un ritmo tendencial creciente con un salto en 1983 y una ligera disminución en los tres años siguientes. Este hecho puede venir explicado en parte por la incorporación de los trabajadores autónomos al régimen general de la Seguridad Social. Posteriormente, se asiste a una recuperación de la tendencia al alza de la demanda de seguros privados que coincide con un mayor descontento del funcionamiento de la sanidad pública en el período final de la universalización de la cobertura que, junto con las restricciones en el incremento del gasto, provoca insuficiencias en la atención primaria y demoras en algunas prestaciones asistenciales en los centros hospitalarios.

Por su parte, los precios unitarios reales han seguido un crecimiento al alza que se interrumpe en 1986 y no se verá reforzado después de 1989, es decir, fuera del período muestral considerado por los estudios mencionados.

La elasticidad precio estimada es de -0,44 y la elasticidad renta de 0,90. Las elasticidades a corto plazo presentan estimaciones ligeramente inferiores en valores absolutos a las anteriormente indicadas y que se refieren a la estimación de relaciones de equilibrio en el largo plazo. Estos resultados conducen a estimaciones de velocidades de respuesta rápida pero poco intensa de la demanda a las variaciones en los precios y en la renta en el período de tiempo considerado.

El perfil de los asegurados y su conducta ante la utilización de los servicios sanitarios no ofrece dudas respecto a la influencia también de los argumentos relacionados con el status socio-económico de los individuos (Murillo, 1991). De este modo, para datos de la ciudad de Barcelona recogidos en una Encuesta de Salud de 1986, uno de cada tres encuestados tiene una doble cobertura sanitaria (la cobertura obligatoria y la derivada de la póliza con una entidad privada). En las familias cuyo cabeza declara poseer estudios superiores, esta proporción pasa a ser del 50%, mientras que en las capas más bajas la proporción pasa a ser sólo del 25% —en las familias cuyo cabeza tiene estudios primarios— e incluso del 12% en aquellas en las que el cabeza de familia declara que solamente sabe leer y escribir. Si se toman como argumento los ingresos declarados sucede algo parecido: tienen doble cobertura las dos terceras partes de las familias que se sitúan en la categoría superior de ingresos, en cambio en la categoría inferior esta proporción desciende a escasamente un 32%. Por clases sociales

construidas a partir de la ocupación encontramos que en la clase más alta (directivos, altos funcionarios, profesionales liberales y técnicos superiores) uno de cada dos está cubierto por una póliza de seguro libre. En la clase inferior formada por los trabajadores no cualificados el porcentaje de familias con la cobertura doble llega solamente al 13%. El argumento del coste de oportunidad del tiempo empleado en la atención sanitaria queda puesto de manifiesto cuando se analiza la cobertura doble según el régimen laboral del cabeza de familia. La mitad aproximadamente de aquellas personas que declaran que trabajan por su cuenta poseen una doble cobertura, mientras que sólo el 28% de los que trabajan por cuenta de otros declaran haber suscrito una póliza de seguros privados.

Con los mismos datos de la Encuesta de Salud de Barcelona se aprecia que los colectivos acogidos a la cobertura privada visitan con mayor frecuencia a los médicos especialistas. Por el tipo de visita médica se observa una utilización de la sanidad pública más acusada para la administración de recetas, en cambio las familias con cobertura doble presentan mayores tasas de frecuentación con objeto de realizar visitas preventivas o de revisión. Estos resultados, aunque de validez para un cierto tipo de población, permiten aventurar que las diferencias en los comportamientos se asocian a las percepciones de los costes no monetarios en las que se incurre al utilizar la red asistencial pública.

González y Murillo (1992) estiman también un modelo de elección discreta tipo logit para analizar la influencia conjunta de todas estas características. El régimen laboral del cabeza de familia, el nivel de ingresos declarados, el hecho

que la mujer trabaje y esté en edad fértil y una variable aproximativa de la clase social son los factores más relevantes encontrados en dicha estimación. Las condiciones de salud no son variables relevantes en la decisión de tomar un seguro privado como complemento a la cobertura obligatoria. En términos de probabilidad estos resultados permiten estimar un incremento de 0,41 al pasar del nivel de ingresos más bajo (con una probabilidad estimada de compra de 0,21) al más alto (en el que la probabilidad de compra es de 0,62), entre las personas que declaran trabajar por cuenta propia. Este incremento es de 0,33 entre los trabajadores por cuenta ajena (con probabilidades respectivas de 0,12 y 0,45). Si la variable argumental es la clase social, el incremento en probabilidad de compra de un seguro privado es 0,30 entre los asimilados a la clase base (0,09 en los niveles menores de ingresos y 0,39 en la categoría superior de ingresos) y de 0,41 en los de la clase superior (las probabilidades respectivas de compra son 0,25 y 0,66, respectivamente).

5. DISCUSIÓN

Se han revisado algunas de las experiencias empíricas relativas al papel de los precios en la determinación de la demanda y del gasto en servicios sanitarios. En particular, se ha analizado la evolución del gasto en servicios odontológicos, el consumo de medicamentos y el gasto en primas de seguros de asistencia sanitaria. En general, no existe evidencia suficiente en trabajos empíricos diseñados específicamente para el análisis de la influencia de los precios. Este tipo de estudios debe contener elementos de diseño de experimentos que proporcionen instrumentos precisos para simular los efectos de variaciones en las condiciones

en las que se produce la demanda de los servicios y consumos sanitarios a partir del control de ciertos argumentos explicativos de sus variaciones. En ausencia de tales estudios, por lo menos en lo que se refiere al caso español, en este trabajo se han incluido referencias de estimaciones de ecuaciones del gasto en dentistas con información de las encuestas de hogares. La estimación de una ecuación en un corte transversal proporciona algunos elementos de discusión por cuanto permite atribuir una capacidad explicativa de las variaciones en el gasto a los factores asociados con la renta y la clase social. La evolución en el tiempo del gasto sanitario real en este concepto muestra tasas de variación anual crecientes que pueden atribuirse a las variaciones en los precios. Sin embargo, en ausencia de un índice de precios específico para este tipo de gasto resulta aventurado cuantificar la elasticidad precio.

El consumo de medicamentos es uno de los aspectos del consumo sanitario en donde resulta más atractivo el análisis de la influencia del ticket moderador. Los estudios disponibles muestran algunas cifras con datos agregados pero existen de nuevo limitaciones importantes por la selección del índice de precios. De nuevo con datos de la encuesta de hogares del INE hemos estudiado la distribución del gasto en medicamentos según decilas de ingresos, distinguiendo entre el gasto en medicinas subvencionadas y no subvencionadas.

Finalmente, se reproducen algunos datos de estudios sobre el gasto en seguros sanitarios. La elasticidad precio estimada es relativamente pequeña en magnitud. Las variaciones más importantes en precios se han reproducido a partir del año final de la muestra utilizada en el estudio referido,

por lo que los efectos de los aumentos experimentados en las primas podrá estudiarse próximamente. Con datos en un corte transversal se constata la influencia de los factores renta y clase social y el coste de oportunidad del tiempo expresado en forma de precio sombra según el tipo de actividad laboral de los sustentadores principales de los hogares.

Un análisis más riguroso de los efectos de los precios sobre el gasto de bolsillo en servicios y consumos sanitarios y en seguros frente a estos gastos debería contemplar aspectos metodológicos no recogidos en los estudios empíricos que se han realizado en nuestro ámbito de interés. Los resultados aportados proporcionan, sin embargo, alguna información útil para un diseño más

específico del impacto de las modificaciones en los precios. Este es un aspecto muy debatido desde la perspectiva teórica de sus ventajas y de sus inconvenientes. La magnitud de dichos efectos no se ha medido y resulta aventurado, en consecuencia, tomar decisiones al respecto como no sea en base a estudios relativos a sistemas distintos al nuestro. Por las características especiales del sistema sanitario español, ésta parece ser una vía desaconsejable. Los esfuerzos han de dirigirse a la realización de estudios concretos con diseños de base experimental pensados para proporcionar información que, de modo prioritario, atienda a los objetivos de la cuantificación del efecto que las variaciones en los precios puedan tener sobre la demanda y el gasto sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARTELLS, J. J. (1992): «La participación del usuario en el coste de los servicios sanitarios», *Gestión Sanitaria*, EADA, pp. 6-11.
- CRUZ ROCHE, I. (1986): «Financiación y control del gasto farmacéutico», Dirección Gral. de Farmacia y Productos Sanitarios: Uso racional y financiación pública de los medicamentos en Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- GONZÁLEZ, Y., y MURILLO, C. (1992): «Demand Analysis of the Private Health Insurance», XXXVth International Conference of the Applied Econometrics Association, Econometrics of Social Security, S. José de Costa Rica.
- LOBATO, P. (1990): «El Mercado de Medicamentos en España: demanda, gasto farmacéutico e intervención de precios», Cuadernos Económicos de ICE, mayo-junio, pp. 89-103.
- LOBO, F. (1992): «Medicamentos. Política y Economía», Ed. Masson.
- MURILLO, C. (1992): «La efectividad del ticket moderador», *Revista de Economía*, n.º 12, pp. 34-39.
- PUIG, J. (1988): «Gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste», *Investigaciones Económicas*, Volv. XII, n.º 1, pp. 45-68.
- RODRÍGUEZ, M. (1988): «El Gasto Sanitario en Cataluña», *Revista de Economía de Banca Catalana*, n.º 84, pp. 1-15.
- RODRÍGUEZ, M. (1989): «Cuánto, a quién y qué modera el ticket moderador», *Revista ROL de Enfermería*, n.º 130, pp. 13-16.