

UNA REFLEXIÓN SOBRE LA FINANCIACIÓN SANITARIA Y UNA PROPUESTA DE ARTICULACIÓN DE COPAGOS BASADOS EN LA RENTA

Guillem López Casasnovas
Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra

El siguiente texto introduce al lector y, sobre todo, al responsable de política sanitaria en consideraciones relevantes para entender los mecanismos de financiación (y gasto) de nuestro sistema de salud. Ante un posible análisis de alternativas de cambio en la financiación sanitaria, el objetivo del presente estudio es informar acerca de los 'pros' y 'cons' de cada una de ellas para la toma de decisiones política, sin pretender, en ningún caso, sustituirla en nombre de supuestos argumentos científicos. La fijación de balances respecto a los puntos fuertes y débiles de las opciones posibles es lo razonable para la elaboración de políticas públicas y, especialmente lo es en este caso, dada la diversidad de perspectivas que en él confluyen.

I. Introducción: contexto y ámbito

Contexto

Previsiblemente, el gasto sanitario en nuestro país crecerá. Qué componente lo hará en el binomio de financiación pública – privada es una cuestión más incierta. Por un lado, para una sociedad que comienza a desarrollarse, la elasticidad – renta suele jugar, en positivo y de manera importante, a favor de un incremento de la implicación pública en la sanidad (la conocida como Ley de Wagner de actividades crecientes del Estado). Por otro, conseguidos unos niveles básicos de desarrollo, la composición del gasto varía según la dinámica de renta (Ley de Engel), de modo que cuanto más se desarrolla una sociedad, menos probable es que se valore el dirigismo público en un tema tan relacionado con el bienestar de los individuos. En nuestro presente y futuro cercano resulta dudoso cuál de estos factores (nivel o dinámica) tendrá un mayor peso, sobre todo si tenemos en cuenta que su valoración no responde a un proceso exógeno de causas inevitables, sino que se encuentra inmersa en los mismos procesos de elección social.

En cualquier caso, resulta una irresponsabilidad hablar de incrementos del gasto sin concretar el modo de financiarlo. En este sentido, encontramos un argumento económico valorativo para frenar el supuesto de que 'mayor gasto es la solución' en el reconocimiento de que la presión fiscal en los países occidentales no parece ya mucho más "tensionable" al alza. Además, es necesario tener en cuenta que fuera del sector, el gasto sanitario público tiene que competir con otros elementos del gasto social en el componente público de su financiación (vivienda, equipamientos, protección a la dependencia, educación, etc.) para los incrementos tendenciales (elasticidades recuadatorias) de la financiación pública que se puedan registrar dentro del cuadro macroeconómico general. Por otra parte, el argumento social (que parece más lógico) radicaría en el hecho de que el peso de la implicación pública en el sector sanitario, como vemos mayor en los primeros estadios de desarrollo social (elasticidad –renta elevada), permite una reducción relativa posterior en la medida en que sociedades avanzadas devuelven responsabilidades sociales (o afrontan responsabilidades nuevas) a las esferas de decisión individuales.

En este punto, hay que tener en cuenta, además, que los incrementos de gasto actuales se sitúan más en “la parte plana de la curva de la efectividad no utilitarista de la relación entre más recursos y mejoras de salud” (curva de Preston entre más gasto y mejoras objetivables de salud), con efectos especialmente destacados en los componentes individuales, subjetivos y personales, que justifican en menor medida un incremento de la financiación pública coactiva, a menudo basada en los impuestos indirectos de naturaleza fuertemente regresiva.

¿Existen argumentos empíricos sustitutivos de los anteriores para decidir la orientación futura de la financiación pública del gasto sanitario? No parece que sea este el caso; al menos si se quiere un análisis riguroso y no de conveniencia, ya que las comparaciones de gasto entre países son fuertemente cuestionables (confunden diferencias entre niveles, con distintos ritmos de crecimiento partiendo de estadios de desarrollo diferentes, valores culturales y políticos diferenciados, sistemas operativos de naturaleza distinta –así entre el seguro y la prestación social-, combinaciones públicas/ privadas en financiación distintas incluso a idénticos niveles de gasto y de paquetes de servicios entre lo sanitario y lo social, muy poco comparables). Pero si se tiene que encontrar este referente debe buscarse correctamente, comparando comparables:

(i) En primer lugar, se debe tener cuidado al tratar las cifras medias de gasto de la OCDE, muy influenciadas por el peso del gasto privado de algunos países con sistemas bastante alejados de los nuestros (EEUU, Japón, México, etc.);

(ii) Parece coherente que en los análisis se introduzca (lo que no siempre se hace) la ponderación de las medias por la población respectiva de los países, lo que refuerza el comentario anterior (peso poblacional importante de aquellos países más alejados de nuestro sistema);

(iii) Parece más robusto comparar datos dentro de la Unión Europea entre medias de países con sistemas NHS, y no buscando diferenciales computando datos de los sistemas de seguro social (SAS) que, suelen ser más caros y de filosofía diferente en lo que atañe a satisfacer la demanda de los usuarios; particularmente si éstos se consideran políticamente menos aceptables (Alemania, Francia, Holanda, Austria,...);

(iv) Dentro de los sistemas NHS europeos ponderados por población, es necesario realizar ajustes por su diferente nivel de desarrollo (cada país dedica a su sistema social lo que su PIB le permite). Un ajuste regresional multivariante, y no una comparación simple de niveles tendría que ser la base empírica mínima si se cree que la comparativa constituye una vía para abordar la cuestión;

(v) El gasto en medicamentos no tendría que incluirse en el agregado de gasto a comparar, ya que el referentes de gasto no es tanto aquí la renta como la población (a la vista al menos de cómo parece se deciden las políticas de prescripción y tienden a converger los precios en el mercado único de la Unión Europea y reducir el comercio paralelo del medicamento);

En resumen, la debilidad del argumento empírico reside en la manipulación que permiten las muestras efectivamente comparadas (OCDE versus UE; UE a 15 o a 25 países; todos o sólo los sistemas NHS; el periodo considerado (intervalos temporales para calibrar crecimientos), los niveles alcanzados (dados los diferentes estadios de desarrollo); la naturaleza misma de los sistemas sanitarios (restricciones de acceso a

los servicios y grados de elección de los usuarios); cómo se financia el gasto público, (combinación entre impuestos y copagos públicos – como en el caso de Dinamarca y Suecia con elevado gasto público pero con copagos entre 3 y 5 veces los españoles –; en su referente poblacional y de renta (cuanto peor PIB más alto el ratio gasto social/ PIB), o de cómo se interpreta éste ('más no siempre es mejor'), etc.

El empirismo es, por tanto, una vía bastante limitada (y poco operativa) para informar a las decisiones políticas más allá de los maquillajes de cifras 'ad hoc'.

Ámbito

Hechas las anteriores salvaguardas, cabe adicionalmente interrogarse acerca de en qué ámbito se deban de decidir las opciones de política sanitaria del futuro en lo que atañe a su financiación y gasto: ya sea el estatal o el autonómico, ya sea el departamental o el conjunto de la política social, bien desde la óptica estática o a lo largo del ciclo vital de los individuos. En este sentido, todo apunta a que las políticas sanitarias en financiación y gasto cada vez más irán adquiriendo una base de proximidad territorial, y se tenderán a decidir dentro de una coordinación más general de las políticas públicas, ya en base a la intersectorialidad necesaria de estas (de la educación a la alimentación, la vivienda o la promoción de estilos de vida saludables), ya en base a garantizar tasas de rendimiento colectivas o generacionales más equitativas (jóvenes, desempleados de larga duración, tercera edad, etc.). Igualmente, es necesario incorporar definitivamente la óptica multijurisdiccional de la diversidad de prestaciones en la definición de la política sanitaria, desde una mayor corresponsabilidad fiscal, vistas las competencias transferidas, las preferencias financieras de los parlamentos autónomos y la distinta presión para la racionalización del gasto que surgen de espacios fiscales diferentes.

En su conjunto, en el caso de Cataluña, no es difícil observar de las anteriores consideraciones que, a más desarrollo social, más utilización sanitaria (como se deriva también de la comparativa de países), con la renta y la educación como variables latentes que presionan al alza el gasto. Si referimos el gasto sanitario de Cataluña al PIB propio del país, el ratio se sitúa un 20% por debajo de la media estatal del mismo indicador. Este es el resultado de un numerador del ratio (el gasto) que en su financiación estatal sigue tendencialmente criterios poblacionales, y un denominador más elevado en función de la mayor renta relativa catalana. La disociación entre financiación y gasto dificulta satisfacer desde el sector público autonómico, en ausencia de espacios fiscales propios, la mayor utilización de la Comunidad en parte impulsada por la demanda (aspiraciones de una cada vez más "medicalizada" sociedad) y en parte por la oferta de servicios puesta a disposición: dada su calidad asistencial y de proximidad, con la red más costosa de comarcalización con la que el Parlamento ha querido cohesionar sanitariamente el país. La insuficiencia dificulta también satisfacer a nuestros profesionales que quieren aspirar, en un contexto de exclusividad en la dedicación a las tareas de la sanidad pública, a un mayor ingreso que corresponda al mayor coste de vida y a la mayor presión asistencial que soportan. En nuestro ámbito, son también especificidades que no se pueden ignorar el elevado déficit en los flujos fiscales entre Cataluña y la Administración central, lo que dificulta el que el gobierno pida hoy un mayor esfuerzo fiscal a la ciudadanía para satisfacer las necesidades sociales para prestaciones que algunos creen ya suficientemente financiadas.

En el tema de la insuficiencia, no son tampoco obvias las cuestiones relativas a los déficits de gestión y de financiación encubiertos; aunque con frecuencia se ha confundido déficit con deuda, es decir, la variable de flujo con la de stock. Cabe

destacar sin embargo, que este déficit, aunque tiene alguna dependencia de la mayor o menor eficiencia en gestión, no parece que sea un elemento clave de la insuficiencia presupuestaria. Así, existe bastante unanimidad entre los estudiosos del tema en que la eficiencia relativa del sistema sanitario catalán no es peor, sino que es incluso mejor que la del conjunto del Estado (sin que esto quiera decir que no haya bolsas de ineficiencia en el sistema que conviene eliminar).

II. Las alternativas de financiación y de racionalización del gasto

En el contexto anterior las alternativas generales a estudiar son: 1- Más financiación ya sea A) procedente de nuevas transferencias centrales, B) nuevos recursos propios (impuestos, precios, tasas); 2- Una desaceleración del gasto público con A) una delimitación de prestaciones que canalice parte de las aspiraciones de una mayor utilización hacia la oferta privada con primas complementarias, B) medidas de gestión y racionalización de procesos.

Veamos con más detalle cada una de las alternativas:

1- Más ingresos:

A) Consiste en una mejora de la financiación central a través de cambios en la financiación autonómica, tanto general como específica en su afectación -del componente sanitario dentro del total. Respecto a los puntos fuertes de esta opción, cabe destacar su justificación social, vista la hoy por ejemplo, la deficiente incorporación al sistema de los cambios poblacionales, especialmente, al impulso de la inmigración (el requisito exigido para la revisión de un diferencial de crecimiento demográfico de una C.A. respecto a la media en un 3% anual parece excesiva), o la deficiente consideración de los flujos de desplazados (contabilizados como saldos) dentro del fondo estatal de cohesión. Por lo demás, esta vía en general supondría una posible corrección de los desequilibrios fiscales de Cataluña con la Administración central sin costes políticos internos en nuestra Comunidad. Respecto a los puntos contrarios, o "contras", cabe destacar la dificultad de este tipo de medidas planteadas dentro del sistema de participaciones estatales, en juego básicamente de suma cero en la sede del Consejo de Política Fiscal y Financiera; dentro de una financiación que el Estado intenta resolver sobre la base (poco federal) de estimación central de "necesidades" con variables pretendidamente objetivas que tienden a satisfacer el *status quo*. Además, la mejora de financiación por esta vía necesitaría vincularse al gasto sanitario, ya que de otro modo no afectaría a los ingresos de la sanidad, y no modificaría las causas que retroalimentan las necesidades de financiación futura, en un contexto en el que la oferta aparece como claramente inductora de demanda.

Una posible mitigación de los factores negativos anteriores sería el que se comprometiese parte de esta financiación por transferencias al esfuerzo complementario que hiciera cada C.A. en la generación de nuevos recursos propios (esto es, como subvenciones compensatorias), dentro de un esquema de mayor corresponsabilidad fiscal.

B) Más recursos propios:

(i) Impuestos pagados por contribuyentes:

1- Directos (sobre la renta, pero también sobre el patrimonio, sucesiones...):

"Pros" de estas variantes: Más equidad fiscal.

"Contras": Tendencia general observada en los países occidentales de evolución de la presión fiscal a la baja de aquellas bases imponibles, amén de dificultades de implementación práctica y limitación recaudatoria de alguno de los impuestos citados.

2- Indirectos:

- *Espacio fiscal en el IVA*:

“Pros”: Capacidad recaudatoria. “Contras”: Regresividad fiscal y posicionamiento contrario de una determinada interpretación de la sexta Directiva de la UE por parte del gobierno español. Esta objeción es, en todo caso, técnicamente es mitigable a través del desdoblamiento de tipos en dos tramos dentro de una misma envolvente.

- *Sobre alcohol y tabaco*:

“Pros”: Capacidad recaudatoria y posible freno de nuevas incorporaciones de los más jóvenes (y así sensibles a los precios) a los consumos poco saludables. “Contras”: Mayor regresividad, dado que frena poco el consumo de los ya adictos que, además, se concentran en las rentas más bajas de la escala de rentas.

En el caso de posición política favorable a dicha opción (imposición indirecta) hay que distinguir entre las siguientes estrategias: (a) *impuesto a tipo unitario*: “Pros”: reduce en mayor medida la entrada de nuevos consumidores al suponer un fijo, sea cual sea la base imponible del impuesto. “Contras”: más regresividad; (b) *impuesto a tipo proporcional*. “Pros”: recaudación más flexible al precio. “Contras”: penaliza relativamente más al consumo menos perjudicial (bajo el supuesto de que a mayor precio, menor es su efecto dañino).

(ii) Copagos de usuarios:

1- Sobre servicios:

- *Asistenciales*:

“Pros”: Es un modo de iniciar una dinámica de concienciación generalizada de costes contra una falsa gratuidad (nada es gratuito), señalizando costes relativos y permitir su comparación con los beneficios de los servicios. “Contras”: Costes de transacción elevados, con costes políticos evidentes, en el corto plazo al menos.

- *Sobre servicios hoteleros*:

“Pros”: Más factible y comprensible pero con menos repercusiones (sólo hospitales). “Contras”: Recaudación menor con costes políticos no desestimables.

2- Sobre medicamentos:

“Pros”: Recaudación neta elevada (120 millones de recetas/año) y menores costes de administración (presumiblemente asumibles por la oficinas de farmacia). “Contras”: Desarticula aún más el papel del medicamento como parte integrante del conjunto de servicios, y mantiene costes políticos, aunque menores, y posiblemente muy ligados a la reacción de los pensionistas. Una mitigación posible consiste en secuenciar la medida compensándola con un momento relativo de crecimiento de las pensiones, que facilite así la primera implementación de tal medida. Otra mitigación general consistiría en la introducción de la desgravación fiscal autonómica para gasto sanitario asumido privadamente recuperando así parte de la equidad perdida por la vía de los gastos fiscales: deducibles selectivamente, con un techo límite y para determinados colectivos (que no superen una determinada renta, etc.).

Una reflexión adicional sobre el copago

Sobre la efectividad general de los copagos, (reduciendo consumo o incrementando financiación) empíricamente no podemos decir demasiado¹. En la literatura, los efectos hallados dependen mucho de los detalles de su aplicación. Así entre estudios derivados de impactos con datos observacionales ya sea poblacionales o experimentales, estimados con grupos de control o con simple registro del 'antes y el después' de la entrada de los copagos (asumiendo por tanto, implícitamente, que el resto de factores se mantiene constante en el tiempo). Además, se sabe que no genera el mismo efecto en el consumo que el copago se introduzca por primera vez, que cuando deriva de de incrementarlo marginalmente. También las complementariedades/sustituibilidades con que cuentan los servicios afectados con respecto al resto de servicios no afectados tienen consecuencias importantes en el consumo. Finalmente, las culturas que están detrás de cómo la población entiende la responsabilidad individual y colectiva en los servicios públicos pueden ser también decisivas. Por tanto, debemos ser cautos con los estudios que concluyen resultados a partir de evidencias (internacionales) muy concretas, que sacadas de contexto y elevadas a conclusión universal se extrapolan a otros países, circunstancias y periodos. No hay una lista general por tanto de efectos derivados del copago, sino una causística coyuntural y empírica que, además, depende mucho de la letra pequeña en su aplicación (existencia de exclusiones- por patologías, colectivos, cláusulas de "stop loss" o limitaciones a las cuantías pagadas, uso de copagos variables – proporcionales por tramos de gasto, por colectivos; copagos vinculados a renta, etc.).

Es también digna de consideración y de estudio a la hora de valorar la posible inequidad del copago farmacéutico, la posible concentración relativa del consumo del medicamento, y así de unos pocos potenciales "copagadores". Algunos datos muestrales nos indican que un 2% de la población soporta una tercera parte de todos los copagos recaudados². Sobre estas cifras, es necesario matizar sin embargo que el cómputo más ilustrativo no es el individual sino el familiar (dado el efecto consolidación de ingresos bajo una misma restricción de gasto) lo que, simplemente por agrupación, es previsible que haga bajar la concentración anteriormente comentada. En cualquier caso, la lectura positiva de estas cifras sería que identificando a dichos colectivos mayormente afectados se podría eliminar buena parte de la inequidad asociada a la concentración del gasto observada a través por ejemplo de su exención o cláusula de 'stop loss'.

Finalmente, la valoración de los copagos puede depender mucho de (i) con qué se comparen (esto es, con qué fuente de financiación alternativa se contraponga), de (ii) si son evitables (existiendo un sustituto de mejor coste- efectividad y gratuito); y de (iii) si los propios profesionales son capaces de reconocer aquellos supuestos de

¹ Para el caso español, el que más ilustra el efecto de los copagos, aunque no constituye realmente un caso control, ya que los colectivos divergen en algunas características, es el de MUFACE, y por lo que respecta exclusivamente al copago de medicamentos. En este esquema, el copago del 30% se mantiene para todos los colectivos, con resultados como que entre 1990 y 2002 el número de recetas ha crecido menos en las mutualidades de funcionarios que en el SNS (un crecimiento acumulativo del 0.5 % frente al 0.8%). De modo similar con el gasto por persona. En términos medios esto amplía 3.3 recetas menos al año (un 20% mientras que en el SNS no llegaba al 7%). Finalmente, el gasto por persona protegida en medicamentos fue el año 2002 un 58% superior en el SNS que en MUFACE.

² Para algunas submuestras concretas Ibern (2004) ha observado como el 0.6% de la población que más medicamentos utiliza (incluyendo a los pensionistas, aunque no tengan copago) ha supuesto un coste para el sistema de cerca de 3.500 euros. El 3% de la población que más consume ha generado un gasto por cápita de poco más de 2.000 euros, realizando una aportación media anual de 160 euros.

sobreconsumo de servicios que a menudo ellos mismo identifican como uno de los males de nuestro sistema de salud.

2- Desaceleración de la financiación pública del gasto público:

Dicha opción consiste en reconducir parte de las prestaciones nuevas o actuales cubiertas por el aseguramiento público, o bien a aseguramiento privado o simplemente someterlas a financiación selectiva o limitada.

A) Primas complementarias. Ello implica el inicio de la apertura de un proceso de “descompresión” de la financiación pública abriendo espacios para el desarrollo de primas complementarias para el seguro comunitario.

“Pros”: Ordena los procesos de prestación, permite una regulación pública más factible que la asociada a la introducción de copagos, mantiene implícito el concepto de solidaridad (no pagando por el uso –sino como ciudadano por la cobertura adicional-, ni en el momento de acceso puntual a los servicios –no en la condición de paciente) y resulta más adaptable. por flexible y selectivo, a las nuevas situaciones sociosanitarias que, por otra parte, presionará en el futuro al alza el catálogo de prestaciones sanitarias. “Contras”: La medida tiene un *tempo* que hace que no se pueda improvisar y requiere un catálogo efectivo y conocido de prestaciones, lo que en términos políticos ha probado resultar complejo. El hecho de explicitar las prestaciones tiene en efecto costes políticos, aunque son mitigables potencialmente si se hace más comprensible la ordenación de nuevas prestaciones según criterios de efectividad (tal como ha hecho el *Nacional Institute for Clinical Excellence* británico– NICE), reservando la financiación coactiva y solidaria para las prestaciones que superan el criterio coste – efectividad y dejan el resto a aseguramiento complementario, si se desea fiscalmente subsidiado.

Un comentario adicional sobre la opción primas

La opción primas representa previsiblemente una opción necesaria para el medio plazo, a configurar quizás desde ahora mismo. Delimitar el paquete de prestaciones públicas con el objetivo de clarificar las prestaciones privadas debería ser en este sentido prioritario. En primer lugar, porque permite concentrar el gasto público (financiado más solidariamente) en servicios coste- efectivos. En segundo lugar, porque abre el marco del seguro privado complementario, de manera coordinada con el público y no tanto como sustitutivo y alternativo (que siempre quedarían abiertos, pero ya de manera más marginal). Esto puede ayudar a descongestionar la gran presión existente casi en exclusiva sobre el sistema público (todas las prestaciones, incluidas las sociosanitarias, con cargo a los impuestos generales), permitiendo empezar a corresponsabilizar parcialmente a las personas sobre los consumos sanitarios (por lo menos los “evitables” por resultar menos coste - efectivos) y hacerlo de modo colectivo (primas comunitarias, no individuales ni actuariales ajustadas a riesgo – al menos en un tamo del seguro complementario (“a la holandesa”)), siendo, en todo caso, una alternativa más solidaria que los copagos, ya que con el seguro y prepago de primas, quien goza de salud siempre acaba subvencionando de hecho al enfermo.

B) Contención, racionalización, reducción de gasto:

(i) Vía catálogo: Más focalizado en la cobertura universal para situaciones catastróficas, de riesgo menos previsible y consecuencias financieras graves, dejando marginalmente

fuera de cobertura aquellos servicios de menor efectividad terapéutica objetivable y de mayores componentes individuales de corte utilitarista.

(ii) Vía mayor empresarialización: transferencia de riesgo a los proveedores, una mayor cultura de gestión en la atención primaria (clave del sistema), más gestión clínica de procesos asistenciales completos, de coordinación entre la atención primaria y la especializada, creación de nuevos órganos de gobierno en que estén las partes representadas y resulte en conveniencia mutua colaborar en la resolución de los problemas de salud poblacionales.

(iii) Políticas de control del gasto, con mejora de prescripción, control de sobreutilización y de la deficiente utilización de los servicios, o en el estudio de las variaciones de las prácticas clínicas injustificadas, guías MBE, etc.

(iv) Copagos disuasorios que no tienen como finalidad el recaudar sino que pretenden eliminar el consumo innecesario. Requieren concretar estos consumos, de mayor elasticidad, a partir de las valoraciones de los profesionales clínicos (en servicios que se muevan por preferencia más que por necesidad), de manera selectiva y no generalizada, aunque estableciendo valores altos para algunos consumos a efectos de que sean realmente disuasorios. Su éxito es que no acaben recaudando nada.

(v) Vía reforma organizativa: del prestador de servicios sanitarios como ente de derecho público, con más descentralización territorial, presupuestación prospectiva, pago por resultados y no "por ser" (estructura) o "por hacer" (GDRs y similares), para garantizar cobertura poblacional y calidad a través de la libre elección de proveedores asistenciales. Ello se podría acompañar de un mayor número de experiencias piloto de base regional y una financiación capitativa que incentive en mayor medida la coordinación de los proveedores.

Hoy una combinación de medidas de mejora de financiación y de racionalización de gasto sería, en todo caso, oportuna ya que resulta muy difícil argumentar a favor de una mayor financiación, tanto de contribuyentes como, en su caso, de usuarios sin la evidencia de una aplicación más eficiente de los recursos.

III. Una propuesta concreta e incipiente de articulación de copagos vinculados a la renta

Acabaremos el presente comentario con una propuesta de medida de articulación concreta para la implantación si así se desea de los copagos aquí apuntados, a través de su potencial vinculación a la declaración del Impuesto sobre la renta de las Personas Físicas IRPF en su tramo autonómico. Esto implicaría que todos los registros de usos afectados por copagos (no abonados) se anotasen en la tarjeta sanitaria en cada punto de acceso al sistema público (lectura digital) y se comunicasen, posteriormente a los ciudadanos, para su incorporación si acaso a la declaración del IRPF, como una forma más de prestación en especie. Para los no obligados a declarar (rentas bajas por debajo de los mínimos vitales), la exención de aquellos copagos potenciales sería automática. Para el resto de la población, los consumos afectados por copagos se incorporarían a las base imponible general (lo que equivale a incrementar el coste a financiar por copago con el inverso del tipo medio) o sobre la cuota (por ejemplo, en su componente autonómico). En el primer caso, el copago se podría considerar de hecho como inversamente proporcional a la renta. En el segundo, se podría hacer selectivo no gravando a determinados grupos (por ejemplo, crónicos), o sólo hasta cierto límite, no computando copagos más allá de una cuantía determinada (por ejemplo, no pudiendo representar más de un 8% de la renta declarada o una cantidad absoluta superior a 1.000 euros al año); opciones todas ellas, obviamente aquí de nuevo, más políticas que técnicas fiscales.

De otro modo, la articulación operativa de los copagos se podría hacer con la incorporación de los costes de los consumos en la propia tarjeta, que hiciese necesaria su liquidación en una oficina bancaria entre diciembre y enero del año, de manera previa a su renovación (especie de tarjeta- monedero). Esta podría ser también una posibilidad de aplicación con bajos costes de transacción.

Una variante que implicaría una mayor implicación de los profesionales (en esquemas de relación de agencia de médicos de cabecera de primaria o de proveedores con cobertura pública y parte de la financiación a riesgo) consistiría en que del registro de consumos públicamente financiados y contabilizados en la tarjeta sanitaria, se identificaran aquellos que no se derivan del consumo racional prescrito por el profesional, de modo que únicamente estos se tuviesen que incorporar a la base de renta a efectos de pago fiscal. Este esquema requeriría, claro está, el re-equilibrio de los incentivos (perversos) que hoy contiene sistemáticamente la relación financiador, proveedor y usuario, donde quien decide no financia, quien consume no decide ni financia, y quien financia no decide. Profesionales a riesgo, ni que sea de manera parcial, y sometidos a la disciplina de la elección del ciudadano, deberían de acomodar ambas consideraciones (costes y satisfacción de usuarios) y hacer efectivas las pautas de buena práctica en la gestión de las patologías atendidas, cribando de este modo la mala utilización de los servicios ofertados en el sistema sanitario público.

Ciertamente sin la complicidad del profesional en la identificación de los consumos innecesarios, abusivos, fuera de prescripción, con abuso moral del usuario, etc. resulta imposible articular copagos como instrumento de racionalización de los consumos sanitarios. En definitiva, y de modo contrario a lo que se aduce comúnmente, los copagos moderadores son cosa de profesionales médicos y no de economistas.